

除菌治療同意書
(当別町ピロリ菌検査及び除菌治療等費用助成事業)

北海道医療大学病院長 北市 伸義 様
当 別 町 長 後藤 正洋 様

「ピロリ菌除菌治療に関する説明について（ピロリ菌検査及び除菌治療等費用助成事業）」を読み、以下の項目についてその内容を確認し、理解しました。その上で、同意し、除菌治療及び治療後の除菌判定を受けます。（確認した項目は、□にレのチェックをつけてください。）

- ☐ 1 ピロリ菌について
- ☐ 2 ピロリ菌を治療する（除菌治療）方法について
- ☐ 3 費用負担について
- ☐ 4 治療の副作用について
- ☐ 5 除菌後の判定について
- ☐ 6 予想される利益と不利益について
- ☐ 7 副作用が生じた場合の対応・補償について
- ☐ 8 個人情報の取扱いについて
- ☐ 9 ピロリ菌感染による将来の病気を予防するために

年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

受診者氏名（自署） _____

保護者氏名（自署） _____

連絡先（保護者） _____

※日中つながる連絡先を記載してください。