

二次検査問診票(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控・当別町控)

※ 保護者の方が、ご記入ください。

受診年月日	年 月 日		
住 所	当別町		
受診者氏名	ふりがな	男・女	生年月日 年 月 日
保護者氏名	ふりがな	電 話	

次の質問をよく読んで、該当する□のいずれかに「✓」をつけ、必要な場合にその内容を記入して下さい。

1 普段、腹痛、吐き気、胸やけ等の消化器症状を訴えることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい
2 胃・十二指腸の病気で治療を受けていますか。または、既往歴はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい (疾患名:)
3 最近、2～3ヵ月の間に胃薬を服用されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい (種類:)
4 最近1ヶ月の間に風邪や肺炎等にかかり、ジスロマックやクラリス等の抗生剤を服用されましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい
5 同居する家族について、ピロリ菌検査や除菌をされた方はいますか	検査 <input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい 除菌 <input type="checkbox"/> いいえ
6 家族の方で、がんにかかった方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい (がんの種類:)
7 今までに薬(特にペニシリン等の抗生剤)や食べ物でじんま疹やアレルギー症状起こしたことがありますか	薬のアレルギー <input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい (薬剤名:) (症状:)
	食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> いいえ	・	<input type="checkbox"/> はい (食べ物名:) (症状:)

二次検査(尿素呼気試験)	[] %	陰性・陽性	実施年月日
除菌治療	実施・未実施		実施年月日
除菌判定(尿素呼気試験)	[] %	陰性・陽性	実施年月日
医療機関名	北海道医療大学病院		