

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 □いいえ ・ □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 □いいえ ・ □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 □いいえ ・ □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 □いいえ ・ □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 □いいえ ・ □はい 除菌 □いいえ ・ □はい
6 家族の方で、がんにかかった方はいますか □いいえ ・ □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 □いいえ ・ □はい (薬剤名: ) (症状: ) 食べ物のアレルギー □いいえ ・ □はい (食べ物名: ) (症状: )

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