

保護者各位

鷹栖町教育委員会

教育長 宝田 庄十郎

『中学生に対するピロリ菌検査・治療』の申込みについて

拝啓 時下益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、胃がん撲滅に向けた事業の一環として、中学生に対するピロリ菌の検査・治療を鷹栖町在住の中学生のうち、新2年生を対象として実施致します。

今回、ピロリ菌検査と治療に関する説明書、同意書（兼）検査申込書、アンケートを同封しております。事業内容についてご理解をいただき、ピロリ菌検査と治療を希望される場合につきましては、『同意書（兼）検査申込書』と『アンケート』にご本人及び保護者の署名等必要事項をご記入のうえ、同封した封筒で鷹栖町教育委員会へ返送して下さい。（希望されない場合は提出不要です。）

『同意書（兼）検査申込書』と『アンケート』の提出期限、検査などのスケジュールは次のとおりとなります。また、一次検査（尿検査）の実施要領につきましては、お申込みをいただいた方に別途お知らせします。

趣旨をご理解いただき、多くの方の申込みをお待ちしております。

記

1. 対象者 鷹栖町に在住している平成31年度に中学校2年生の生徒
2. 検査方法 尿検査による実施
3. 提出書類 『同意書（兼）検査申込書』及び『アンケート』
4. 提出期限 平成31年3月19日（火）【消印有効】
5. 申込み後のスケジュール
 - ①検査希望者へ検査実施要領の郵送 平成31年3月28日（木）
 - ②一次検査（尿検査）の実施日 平成31年4月12日（金）
【学校尿検査と同日になります。予備日についても同様です。】
 - ③検査結果の通知（個人宛に郵送） 平成31年4月下旬～
（検体の集まり状況により前後します。）

○検査方法等についてのお問合せ先

旭川厚生病院健康推進課

〒078-8211 旭川市1条通24丁目111番地 電話：0166-33-7171（内線2106）

（担当：教育課総務学校教育係）

同意書(兼) 検査申込書

鷹栖町教育委員会 殿

『中学生に対するピロリ菌検査・治療』について

- 1、 背景
- 2、 目的・利点
- 3、 実施内容と方法
- 4、 本検査・治療への参加と撤回について
- 5、 本検査への参加を中止される場合について
- 6、 情報提供について
- 7、 個人情報の取り扱いについて
- 8、 健康被害が生じた場合の対応・保障について
- 9、 費用負担について
- 10、 知的財産権の帰属について
- 11、 申し込みについて

私はこのピロリ菌検査・治療を受けるにあたり以上の内容を充分理解いたしましたので
当検査・治療を

・希望いたします（ ） ～ 希望される場合は() 内に○印を記入下さい。
※希望しない場合は本同意書の提出は不要です。

同意日 平成 年 月 日

本人氏名 (自筆)

保護者氏名(自筆)

本人との続柄

住所 〒

電話番号 - -

『中学生に対するピロリ菌検査・治療』に関するアンケート

本アンケートは『 中学生に対するピロリ菌検査・治療』について行われるものです。

本人家族および同居する家族についてわかる範囲で正確にお答え下さい。ご協力宜しくお願いいたします。（記入例をご参考に記入をお願いいたします。）

検査・治療を希望される方は必要事項をご記入の上、同意書(兼) 検査申込書と併せて提出下さい。

本人氏名 : _____

続柄	生年月日	性別	ピロリ菌検査歴	除菌歴	ピロリ菌の有無	除菌した年	既往歴			
							胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃がん	その他
本人	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	
	H・S T・M 年 月 日	男 女	有り 無し	有り 無し	有り 無し 不明	H S 年	有り・無し	有り・無し	有り・無し	

※記入例

続柄	生年月日	性別	ピロリ菌検査歴	除菌歴	ピロリ菌の有無	除菌した年	既往歴			
							胃潰瘍	十二指腸潰瘍	胃がん	その他
母	H (S) T・M 27 年 12 月 23 日	男 (女)	有り (無し)	有り (無し)	有り 無し (不明)	H S 年	(有り)・無し	有り (無し)	有り (無し)	無し