

尿ピロリ菌検査実施の有無にかかわらず調査票は全員提出ください。

臼杵市様式 2

## ヘリコバクター・ピロリ尿中抗体検査

### 希望調査票 および 同意書

学校/学年	中学校	年	組	番
(フリガナ)				性別
生徒氏名				男・女
生徒生年月日	平成	年	月	日

尿ピロリ菌検査 希望の有無・・・（ 希望する 希望しない ）  
どちらかに○をしてください。

↓  
**希望する場合**のみ  
以下の同意書をご記入ください。

臼杵市長 様

私は、尿ピロリ菌検査の目的や方法について理解のうえ、検査に同意します。

(以下保護者をご記入ください)

記入年月日	令和	年	月	日
保護者氏名	(自署)			
住所	〒875-	臼杵市		
電話番号				

※同意書に記載がない場合は、尿ピロリ菌検査の希望がないものとします。

<個人情報の取扱いについて>

臼杵市が上記の検査事務を委託している臼杵市医師会立市民健康管理センターにあなたの住民情報を臼杵市個人情報保護条例に基づき適切な指導のもと提供します。検査結果は臼杵市医師会立市民健康管理センターより個別発送されます。その後は臼杵市保険健康課で健康増進法同様に適切に管理します。中学校の関係者があなたの結果を知り得ることは全くありません。また統計資料を作成いたしますが、個人情報は全く含まれませんのでご安心ください。