

ピロリ菌検査 問診票

住 所：飯山市 _____

氏 名： _____

大正
生年月日：昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

下記の質問について、あてはまるお答えに○で囲んでください。

質 問 事 項	回 答
過去にピロリ菌検査を受けたことがありますか	はい ・ いいえ
過去にピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか	はい ・ いいえ
過去に胃又は十二指腸の手術を受けたことがありますか	はい ・ いいえ
現在、胃又は十二指腸に関する治療を受けていますか	はい ・ いいえ

この問診票は検査を受ける際、必ず医療機関お持ちください。