

ヘリコバクター・ピロリ除菌治療報告書

氏名		生年月日	年	月	日
ピロリ菌 検査実施日	年 月 日				
除菌治療 実施状況	<p>&lt;検査治療実施医療機関&gt;</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>&lt;1回目の除菌治療（一時除菌治療）を実施&gt;</p> <p>◎治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>◎判定検査の結果 <input type="checkbox"/> 除菌「成功」（ピロリ菌が陰性）  <input type="checkbox"/> 除菌「不成功」（ピロリ菌が陽性）  （どちらかをチェックしてください。）</p> <p>&lt;2回目の除菌治療（一時除菌治療）を実施&gt;</p> <p>◎治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>◎判定検査の結果 <input type="checkbox"/> 除菌「成功」（ピロリ菌が陰性）  <input type="checkbox"/> 除菌「不成功」（ピロリ菌が陽性）  （どちらかをチェックしてください。）</p> <p>&lt;3回目の除菌治療（一時除菌治療）を実施&gt;</p> <p>◎治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>◎判定検査の結果 <input type="checkbox"/> 除菌「成功」（ピロリ菌が陰性）  <input type="checkbox"/> 除菌「不成功」（ピロリ菌が陽性）  （どちらかをチェックしてください。）</p>				
実費負担状況	受診日	支払額	助成対象額 (※記入不要)		
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
	年 月 日	円	※	円	
助成金額 (※記入不要)	※ 円				

注記 この報告書は、医療機関からの結果説明後、受診者本人が太枠の中をご記入ください。

◎個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報について、当助成事業の目的である総合的ながん対策に必要な目的以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理をします。