様式第1号（第5条関係）

長洲町胃がんリスク検査事業申請書

　　　年　　月　　日

　長 洲 町 長　様

　胃がんリスク検査を受診したいので、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳）昭和平成 |
| 住 所 | 長洲町大字 |
| 電話番号 |  |

【確認事項】

次の各項目の1つ以上に該当する場合、検査の結果が正しく出ない場合があるため、本事業の対象外となります。

　　□ 明らかな上部消化器症状があり、胃や十二指腸潰瘍の疾患が強く疑われる

　　□ 食道、胃、十二指腸疾患で治療中

　　□ 胃酸分泌抑制剤（プロトンポンプ阻害剤）を服用中、若しくは２ヶ月以内に服用していた

　　□ 胃や十二指腸潰瘍の手術歴がある

　　□ 腎不全（クレアチニン値が3.0mg/ｄｌ以上）である

 □ 過去にピロリ菌を除菌したことがある

上記のいずれにも該当しないことを証明します。

署名（自筆）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 第　　　　号 |