様式第2号（第5条関係）

長洲町胃がんリスク検査事業受診票

　　　　　　　　※医療機関記入

|  |
| --- |
| 受診日：　　　　　年　　月　　日 |

**※太枠の中を記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 長洲町大字 | | | |
| フリガナ |  | | 生　年　月　日 | 性　別 |
| 氏　名 |  | | （大正・昭和・平成）  　　　年　　月　　日  （　　　歳） | 男・女 |
| 電話番号 |  | | | |
| ※以下は、医療機関において記入 | | | | |
| ペプシノゲン値 | | 陰性　・　陽性 | | |
| ヘリコバクタ－・ピロリ抗体価 | | U／ml | | |
| 胃がんリスク判定 | |  | | |

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