

依頼書記入日

月 日



細菌検査依頼書

アイデックス提出用 1

○緑色の欄は記入必須項目です。

アイデックス提出用1と提出用2の2枚を提出してください。

病院 ID		カルテ No		動物種
病院名		年齢	才 ヶ月	犬・猫 その他()
飼主名	カタカナでご記入下さい	性別	雄・雌・去勢・避妊	獣医師名(姓) カタカナでご記入下さい
ペット名	カタカナでご記入下さい	検取日	月 日 AM PM	

【材料】 提出材料に✓を一つ入れてください。

○材料がない場合には空欄に「カタカナ」でご記入ください。

○1依頼書1材料です。採取部位・材料が別々の場合には別途料金がかかります。

呼吸器系	消化器系	泌尿器・生殖器	血液・穿刺液	その他
<input type="checkbox"/> 105 咽頭拭い液	<input type="checkbox"/> 201 便	<input type="checkbox"/> 自然尿	<input type="checkbox"/> 406 全血	<input type="checkbox"/> 被毛
<input type="checkbox"/> 177 口腔粘液	<input type="checkbox"/> 207 胃液	<input type="checkbox"/> 321 尿沈渣	<input type="checkbox"/> 404 静脈血	<input type="checkbox"/> 511 皮膚
<input type="checkbox"/> 104 唾液	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 305 カテーテル尿	<input type="checkbox"/> 403 髄液	<input type="checkbox"/> 562 皮膚膿
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 211 胆汁	<input type="checkbox"/> 366 膀胱穿刺尿	<input type="checkbox"/> CSF	<input type="checkbox"/> 563 皮下膿瘍
<input type="checkbox"/> 114 気管支洗浄液	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 367 腎盂穿刺尿	<input type="checkbox"/> 401 胸水	<input type="checkbox"/> 504 眼脂
<input type="checkbox"/> 119 歯肉	<input type="checkbox"/> 膵臓・膵液	<input type="checkbox"/> 311 腔分泌物	<input type="checkbox"/> 膿胸	<input type="checkbox"/> 507 角膜
<input type="checkbox"/> 歯根(根尖)膿瘍	<input type="checkbox"/> そのう	<input type="checkbox"/> 312 子宮内容物	<input type="checkbox"/> 402 腹水	<input type="checkbox"/> 術創・術部
<input type="checkbox"/> 鼻腔・鼻汁		<input type="checkbox"/> 363 外陰部膿	<input type="checkbox"/> 409 関節液	<input type="checkbox"/> 耳腔内
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 415 乳汁	<input type="checkbox"/> 耳垢
				<input type="checkbox"/> 肛門嚢・肛門腺
<input type="checkbox"/> 199()	<input type="checkbox"/> 299()	<input type="checkbox"/> 399()	<input type="checkbox"/> 499()	<input type="checkbox"/> 599()

【検査項目】 検査項目に✓を入れてください。

◆一般細菌検査	◆真菌検査
<input type="checkbox"/> 塗抹鏡検 [グラム染色]	<input type="checkbox"/> 塗抹鏡検 [KOH法：糸状菌] 5250
<input type="checkbox"/> 培養同定	対象検体：爪・毛・皮膚・痂皮
<input type="checkbox"/> 嫌気性培養同定 M516 503 便の嫌気性培養は クロストリジウム パーフリンゲンス、 クロストリジオイデス ディフィシルを検査します。	<input type="checkbox"/> 真菌培養同定 M602 603 609 611 カンジダ、クリプトコッカス、マラセチア、糸状菌を検査します。
<input type="checkbox"/> 薬剤感受性：薬剤感受性をご依頼の場合は、培養同定 8991 または嫌気培養同定を同時に依頼ください。	<input type="checkbox"/> 真菌薬剤感受性：真菌感受性の実施対象菌は、 カンジダ、クリプトコッカスです。 5294
オプション検査 ◆追加薬剤	オプション検査 ◆目的菌 下記目的菌はチェックがないと検出できない菌です。 必ず培養同定と併せてご依頼ください※は有料です。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌※ <input type="checkbox"/> MRSA ※ M303
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> O157 大腸菌※ M141 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ※
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> エルシニア※ M108 <input type="checkbox"/> アクチノマイセス※ M508
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> カンピロバクター※ <input type="checkbox"/>

セフォベシン (CFV) は培養でブドウ球菌、連鎖球菌、腸内細菌(グラム陰性桿菌)が同定された場合の薬剤感受性試験で実施します。標準薬剤セットに含まれますので、薬剤感受性試験をご依頼いただければ、当薬剤を追加オーダーいただく必要はございません。

コメント(症状に関する情報などありましたらご記入ください)

消耗品・検査依頼書などのご注文は専用の注文書をご利用ください(本依頼書ではお受けできません)。注文書をお持ちでない場合は、カスタマー・サポートまでご連絡ください。