

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)
ペ ッ ト 名	カタカナでご記入下さい	検 採 取 日	月 日 AM PM	カタカナでご記入下さい

【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
☐ 105 咽頭拭い液	☐ 201 便	☐ 自然尿	☐ 406 全血	☐ 被毛
☐ 177 口腔粘液	☐ 207 胃液	☐ 321 尿沈渣	☐ 404 静脈血	☐ 511 皮膚
☐ 104 唾液	☐ 肝臓	☐ 305 カテーテル尿	☐ 403 髄液	☐ 562 皮膚膿
☐ 唾液腺	☐ 211 胆汁	☐ 366 膀胱穿刺尿	☐ CSF	☐ 563 皮下膿瘍
☐ 114 気管支洗浄液	☐ 胆嚢	☐ 367 腎盂穿刺尿	☐ 401 胸水	☐ 504 眼脂
☐ 119 歯肉	☐ 膵臓・膵液	☐ 311 腔分泌物	☐ 膿胸	☐ 507 角膜
☐ 歯根(根尖)膿瘍	☐ そのう	☐ 312 子宮内容物	☐ 402 腹水	☐ 術創・術部
☐ 鼻腔・鼻汁	☐	☐ 363 外陰部膿	☐ 409 関節液	☐ 耳腔内
☐	☐	☐ 前立腺	☐ 415 乳汁	☐ 耳垢
				☐ 肛門嚢・肛門腺
☐ 199 ()	☐ 299 ()	☐ 399 ()	☐ 499 ()	☐ 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
☐ 塗抹鏡検 [グラム染色]	☐ 塗抹鏡検 [KOH法：糸状菌] 5250
☐ 培養同定	対象検体：爪・毛・皮膚・痂皮
☐ 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。	☐ 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。
☐ 薬剤感受性 8991 薬剤感受性をご依頼の場合は、培養同定または嫌気培養同定を 同時にご依頼ください。	☐ 真菌薬剤感受性 5294 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。
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。
☐	☐ 腸管出血性大腸菌※ ☐ MRSA ※ M303
☐	☐ O157 大腸菌※ M141 ☐ マイコプラズマ※
☐	☐ エルシニア※ M108 ☐ アクチノマイセス※ M508
☐	☐ カンピロバクター※ ☐

目的菌はアイデックス総合検査案内をご参照ください。

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。