

院所名 _____

カルテNo. _____

患者名(姓) _____ (名) _____

院内区分 _____

担当医(カタカナ) _____

性別 男 女 年齢 _____ 才 入院 外来

生年月日 M T S H 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

提出日 _____ 月 _____ 日

採取日 _____ 月 _____ 日

採取時 _____ 時 _____ 分

至急報告 薬物投与 有

内科 外科 小児 精神 脳外
呼吸 消化器 整形 皮膚 耳鼻
循環 産婦 胃腸 眼科 泌尿

科名 _____

その他の科名 [_____]

妊娠週 _____ 週

注意事項
使用培地は、検体性状・目的菌・臨床症状により判断し選択します。
抗酸菌塗抹(蛍光法)陽性の場合、Ziehl-Neelsen法にてGAFFKY号数を決定いたします。
髄液・穿刺液検体の場合は、血液培養ボトルのご使用をお勧めいたします。
発育が真菌および常在菌の場合、薬剤感受性検査は実施いたしません。

細菌検査依頼書(貴院控・受領書)

お願い

- 検体ラベルの「依頼書用」部分を下の欄へお貼り下さい。
- 2本以上の場合もすべてお貼り下さい。

検体

臨床症状 下痢症 食中毒
 血便 海外帰国者
 その他 ()

検体提出状態 生検体 () スライド
 培地のみ 血培ボトル

ドクターコメント(臨床症状及び診断名等)

検査材料		検査項目	目的菌	感受性検査
1 気道呼吸器	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔粘液	<input type="checkbox"/> 101 塗抹(グラム染色)	<input type="checkbox"/> 161 A群溶連菌	<input type="checkbox"/> サンリツセット
	<input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 気管支洗浄液	<input type="checkbox"/> 102 培養同定	<input type="checkbox"/> 123 真菌(カンジダ)	<input type="checkbox"/> 院内セット
2 消化管	<input type="checkbox"/> 糞便	<input type="checkbox"/> 101 塗抹(グラム染色)	<input type="checkbox"/> 136 病原大腸菌	<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> EM
	<input type="checkbox"/> 胃液 <input type="checkbox"/> 胆汁	<input type="checkbox"/> 102 培養同定	<input type="checkbox"/> 133 腸炎ビブリオ	<input type="checkbox"/> ABPC <input type="checkbox"/> CLDM
3 泌尿器生殖器	<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 膣分泌液	<input type="checkbox"/> 101 塗抹(グラム染色)	<input type="checkbox"/> 132 淋菌	<input type="checkbox"/> PIPC <input type="checkbox"/> MINO
	<input type="checkbox"/> 前立腺液 <input type="checkbox"/> 羊水	<input type="checkbox"/> 102 培養同定 <input type="checkbox"/> 131 嫌気培養	<input type="checkbox"/> 123 真菌(カンジダ)	<input type="checkbox"/> CEZ <input type="checkbox"/> OFLX
4 血液穿刺液	<input type="checkbox"/> 動脈血 <input type="checkbox"/> 静脈血 <input type="checkbox"/> 髄液	<input type="checkbox"/> 101 塗抹(グラム染色)	<input type="checkbox"/> 123 真菌(カンジダ)	<input type="checkbox"/> CMZ <input type="checkbox"/> FOM
	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 関節液	<input type="checkbox"/> 102 培養同定	<input type="checkbox"/> 165 腸膜炎菌	<input type="checkbox"/> CAZ <input type="checkbox"/> CP
5 その他	<input type="checkbox"/> 膿 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 耳漏	<input type="checkbox"/> 101 塗抹(グラム染色)	<input type="checkbox"/> 123 真菌(カンジダ)	<input type="checkbox"/> CZOP <input type="checkbox"/> AZT
	<input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> チューブカア先 <input type="checkbox"/> ドレーン液	<input type="checkbox"/> 102 培養同定	<input type="checkbox"/> 124 糸状菌(白癬)	<input type="checkbox"/> FMOX <input type="checkbox"/> IPM

依頼書用 1

依頼書用 2

依頼書用 3

依頼書用 4

依頼書用 5

依頼書用 6

依頼書用 7

依頼書用 8

[抗酸菌検査]	[微生物核酸増幅検査]	[微生物核酸増幅検査・その他]
<input type="checkbox"/> 110 塗抹(蛍光法) 50	<input type="checkbox"/> クラミジアSDA(ぬぐい液) 204	<input type="checkbox"/> 淋菌・クラミジアSDA(ぬぐい液) 286
<input type="checkbox"/> 111 培養 204	<input type="checkbox"/> 淋菌SDA(ぬぐい液) 204	<input type="checkbox"/> 淋菌・クラミジアSDA(初尿) 286
<input type="checkbox"/> 878 結核菌群核酸増幅同定検査(TaqMan PCR法) 410	<input type="checkbox"/> クラミジアSDA(初尿) 204	<input type="checkbox"/> MRSAスクリーニング
<input type="checkbox"/> マイコバクテリウムアビウムイントラセルラー核酸増幅同定検査(TaqMan PCR法) 421	<input type="checkbox"/> 淋菌SDA(初尿) 204	<input type="checkbox"/> MRSA/緑膿菌スクリーニング
<input type="checkbox"/> 115 結核菌群同定-DNA* 410		
<input type="checkbox"/> 117 抗酸菌群-DNA* 410		
<input type="checkbox"/> 114 耐性(感受性)検査* 380		

★抗酸菌の発育が認められた場合のみ実施します。

その他 _____

18.04 改訂 (4-2002-11)

受領印 _____

細菌

18・04 改訂版