



# 細菌検査依頼書

0155-66-6880

FAX

採取日 年 月 日  
発送日 年 月 日

(株)帯広臨床検査センター  
動物環境検査事業部  
帯広市東2条南17丁目7番地  
TEL(0155)66-6868

Email [obirin\\_animalenv@saturin.co.jp](mailto:obirin_animalenv@saturin.co.jp)

ID: \_\_\_\_\_

お客様名: \_\_\_\_\_

(登録済みのお客様は、以下詳細は、記載不要です)

〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

牧場名など詳細な情報を記入下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ◎ 請求先:  登録先  その他 \_\_\_\_\_
- ◎ 検査結果:  登録先  その他 \_\_\_\_\_

※検査依頼項目 ※該当する項目に☑をお願いします。

1. バルク乳によるスクリーニングテスト 数量: \_\_\_\_\_

2. 感染個体確認検査

a. 黄色ブドウ球菌(SA)検索検査  
※黄色ブドウ球菌と環境性ブドウ球菌(CNS)の各菌数 数量: \_\_\_\_\_

b. 無乳性レンサ球菌(SAG)の検索検査  
※無乳性レンサ球菌と環境性レンサ球菌(NON-SAG)の各菌数 数量: \_\_\_\_\_

3. 細菌同定検査(検査材料名記載願います) 数量: \_\_\_\_\_

※検査材料は乳汁(バルク乳、個体乳)、便、鼻汁、水、その他

マイコプラズマ検査の必要性  有  無

特記事項: \_\_\_\_\_

4. 薬剤感受性試験(※7ディスクまで記載願います) 数量: \_\_\_\_\_

5. 嫌気性菌培養同定 数量: \_\_\_\_\_  6. 敷料検査 数量: \_\_\_\_\_

NO	検体名(個体NO)	NO	検体名(個体NO)	NO	検体名(個体NO)	NO	検体名(個体NO)
1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

備考(必要事項記入)  別途、検体名(個体No)名簿添付あり。

※本依頼書は、依頼者がサンプルを送送する時に必ずメールもしくはFAX送付してください。(依頼書用紙を検体に添付)