

細菌検査依頼書

サンプル採取日 年 月 日
サンプル発送日 年 月 日

榊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 FAX(0155)66-6880
Email obirin_animalenv@saturin.co.jp

提出施設名: _____
〒 _____
TEL: _____
FAX: _____
担当者: _____
携帯: _____
Eメール: _____

その他(農場名:詳細) _____
〒 _____
TEL: _____
FAX: _____
担当者: _____
携帯: _____
Eメール: _____

◎ 請求先: 提出者 その他 _____
◎ 検査結果: Eメール FAX _____

※検査依頼項目 ※該当する項目にをお願いします。

1. パルク乳によるスクリーニングテスト 件数: _____
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(パルク乳、個体乳)、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薬剤まで)(※ご希望の薬剤を記載願います) 数量: _____
5. 嫌気性菌培養同定 数量: _____ 6. 敷料検査 数量: _____
7. 糞便検査("内容"は備考に記入して下さい) 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 | | 11 | | 21 | | 31 | |
| 2 | | 12 | | 22 | | 32 | |
| 3 | | 13 | | 23 | | 33 | |
| 4 | | 14 | | 24 | | 34 | |
| 5 | | 15 | | 25 | | 35 | |
| 6 | | 16 | | 26 | | 36 | |
| 7 | | 17 | | 27 | | 37 | |
| 8 | | 18 | | 28 | | 38 | |
| 9 | | 19 | | 29 | | 39 | |
| 10 | | 20 | | 30 | | 40 | |

※備考(追加検査等、必要事項記入) (例: 糞便クロストリジウム、乳汁マイコプラズマ検査のみ。など)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

※本依頼書は、依頼者がサンプルを発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)