検便

腸内細菌検査依頼書

ﾀﾞｳﾝﾛｰﾄﾞ

弊社使用欄
ラックNo.
項目印

<検査に際してのお願い>

① **検体送付時に必ずこの依頼書を添付して下さい。**
依頼書が添付されていない検体は検査受付ができません。

② 検査項目は必須事項です。
検査項目が不明な場合は営業担当もしくは分析センターまでご相談下さい。

③ **依頼書1部に対して報告書1部です。**
事業所別に報告書をご希望の場合は事業所毎に依頼書を添付し、
検体を袋分けして下さい。

④ 依頼書の事業所名と検体の施設名が同一かをご確認下さい。

貴社名					
事業所名 （店舗名・部署名）	＊同上の場合は空欄で可				
ご担当者名					
TEL		FAX			
依頼日	年　月　日	検体数	本	到着した検体数が異なる場合の連絡	要・不要

依頼項目		セット名	検査内容
1		基本セット	赤痢菌・サルモネラ属菌（腸チフス菌・パラチフスA菌を含む）
2		O157セット	基本セット+腸管出血性大腸菌O157
3		腸管出血性大腸菌セット	基本セット+腸管出血性大腸菌O26、O111、O128、O157
4		病大セット	基本セット+病原性大腸菌（O157を含む）

その他 検査依頼 （あれば該当するものに〇）	**腸炎ビブリオ ・ 黄色ブドウ球菌 ・ コレラ ・ カンピロバクター その他（　　）**

備考欄：	
	O157以外の腸管出血性大腸菌の検出や原因となる食中毒事故が増えております。（O121やO26など） 腸管出血性大腸菌セット、病原性大腸菌セットへの項目グレードアップをお勧めします。

注：採便容器は検体採取後、高温多湿、直射日光をさけて保管し、なるべく早く送付して下さい。
採便容器のキャップは必ずパチンと音がするまで差し込んで下さい。
検体袋、容器を水で洗わないで下さい。採便時に汚れた場合はティッシュペーパー等で
軽く拭き取って下さい。

検体送付先：〒183-0035　東京都府中市四谷5丁目2726-5
株式会社エムビックらいふ 環境分析センター
TEL　042-330-8830　FAX　042-330-8831

ご相談は　開発営業部　０３－５７６９－７２４７　まで