

※複写式のため筆圧を強く  
ご記入をお願いいたします。

※太枠内は必ずご記入ください。

# 微生物検査依頼書

## 提出用①

出検にあたるガイドに同意します。

コード	施設名	犬・猫・兎・フェレット・鳥 その他分類・( ) ♂・♀・♂・♀	採取日 年月日
担当医(カナ)	お名前(カナ・姓のみ) 様		
カルテNo.  なし	お名前(カナ・名のみ) ちゃん	年齢 歳 カ月・不明	コメント

◆培養同定		目的菌(別途料金が発生します。)		
<input type="checkbox"/> 5001 一般細菌培養同定	<input type="checkbox"/> 5032 パスツレラ	<input type="checkbox"/> 5033 ボルデテラ	<input type="checkbox"/> 5034 ヘモフィルス	<input type="checkbox"/> 5037 エルシニア
<input type="checkbox"/> 5003 嫌気性菌培養同定	<input type="checkbox"/> 5038 クロストリジウム			
<input type="checkbox"/> 5020 真菌培養同定	<input type="checkbox"/> 5039 マラセチア			
<input type="checkbox"/> 5002 血液培養				
<input type="checkbox"/> 5030 便培養	<input type="checkbox"/> 6350 大腸菌O抗原	<input type="checkbox"/> 5038 クロストリジウム(スワブのみ)	<input type="checkbox"/> 5031 カンピロバクター(スワブのみ)	
◆薬剤感受性試験		◆簡易検査		+グラム染色セット
<input type="checkbox"/> 培養後薬剤感受性試験		<input type="checkbox"/> 4901 好気性クイック薬剤感受性(10薬剤)	<input type="checkbox"/> 5040	細菌検査に関する情報は こちら→
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 4902 嫌気性クイック薬剤感受性(10薬剤)	<input type="checkbox"/> 5062	
<input type="checkbox"/> 4900 グラム染色		<input type="checkbox"/> 5060 好気性+嫌気性クイック薬剤感受性セット	<input type="checkbox"/> 5061	

容器	スワブ	滅菌スピッツ	血液培養ボトル
----	-----	--------	---------

採材部位	17 皮膚 171 犬(膿皮症)	8 眼 172 猫	7 耳	13 尿路 131 自然排尿 132 カテーテル 133 刺穿 21 生殖器	15 呼吸器 9 鼻汁	14 口腔	16 消化器 22 胆汁 10 腹腔(腹水)	3 血液 19 脳脊髄液 23 関節液 11 胸水	18 被毛 12 便 99 その他( )
推奨薬剤セット内容	CVA/AMPC CEX CFV CLDM MINO EM CP OBFX ERFX OFLX FOM ST	AMPC CVA/AMPC CEX CMX GM FRM CFV CPDX-PR GM DOXY CLDM CP ST ERFX FRPM	CVA/AMPC CEX CPDX-PR CLDM DOXY GM FOM CP FRLX LVFX OBFX	CVA/AMPC CEX CPDX-PR CLDM DOXY GM FOM CP FRLX ERFX OFLX OBFX	AMPC CVA/AMPC CEX CPDX-PR FRPM AMK DOXY CP ERFX OBFX FOM ST	AMPC CVA/AMPC CEX AZM CMZ CLDM AMK DOXY ERFX FOM ST FRPM	AMPC CVA/AMPC CMZ CPDX-PR CLDM AMK FRPM DOXY CP ERFX ST FOM	AMPC CVA/AMPC CEZ CMZ IPM AMK CP DOXY CLDM ERFX ST FOM	推奨薬剤セットはございません。

薬剤セット	<input type="checkbox"/> 5500(一般) 5501(嫌気) 5502(血液)	推奨薬剤セットを使用する 26 ウサギ	—	推奨薬剤セットを使用しない
培養同定価格+ 12薬剤・検出菌数に関わらず一律料金 (クイック薬剤感受性に使用する場合は、追加2薬剤分が加算となります。)		以下【抗菌薬】より10薬剤をご指定ください。 培養同定価格+ 10薬剤・検出菌数に応じて料金変動		
<input type="checkbox"/> 5600 追加薬剤(1薬剤・検出菌数に関わらず一律料金) ご希望の場合は以下【抗菌薬】よりご指定ください。		<input type="checkbox"/> — 追加薬剤(1薬剤・検出菌数に応じて料金変動)		

抗菌薬	ペニシリン系 1 ABPC 2 SBT/ABPC 3 AMPC 4 CVA/AMPC 5 PCG 6 PIPC 7 PIPC/TAZ セフェム系(世代) 51 CEZ ① 52 CET ① 63 CEX ① 53 CTM ② 54 CXM ② 55 CMZ ② 64 CCL ② 56 CPZ ③	57 CTX ③ 58 CZX ③ 59 CAZ ③ 62 CFV ③ 65 CFIX ③ 66 CPDX-PR ③ 67 CDTR-PI ③ 68 CFDN ③ 69 CFPN-PI ③ 70 CMX ③ 72 CTRX ③ 60 CZOP ④ 61 CFPF ④ 62 ABK 151 IPM 152 MEMP 201 FRPM	オキサセフェム系 101 LMOX 102 FMOX 251 AZT 301 GM 302 KM 303 SM 304 AMK 305 TOB 306 FRM 307 DKB 308 ABK 401 LCM 402 CLDM	テトラサイクリン系 451 TC 452 MINO 453 DOXY 454 OTC キノロン系 71 GFLX 601 OFLX 602 ERFX 603 OBFX 604 CPFX 605 NFLX 606 LVFX 607 TFLX 609 LFLX 610 MBFX 611 PRA	マクロライド系 351 EM 352 CAM 353 AZM 501 CP 511 CL 552 VCM 553 PL-B 651 FOM 652 ST 653 LZD 654 TEIC 656 MNZ
院内セット 					
培養後に 薬剤指定の 場合は○ 					

(検査資材依頼欄) ※○をご記入ください。	<input type="checkbox"/> スワブ	<input type="checkbox"/> 滅菌スピッツ管	<input type="checkbox"/> 微生物検査依頼書	<input type="checkbox"/> 検体ラベル	<input type="checkbox"/> 血液培養ボトル(有償)※1
--------------------------	------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--

※1 一回のご注文が税抜き5,000円以上で、送料は弊社が負担させていただきます。  
他の該当商品は担当営業所までお問い合わせください。

弊社使用欄

スワブ期限確認済