

※複写式のため筆圧を強く
ご記入お願いいたします。

受付日	サイン	営業所
年		

※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

☐ 出検にあたるガイダンスに同意します。

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

依頼内容	◆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
	<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)
	◆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"/> 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"/> 5040 <input type="checkbox"/> 5062 <input type="checkbox"/> 5061
		+グラム染色セット
		細菌検査に 関する情報は こちら→

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	8 眼	7 耳	13 尿路 131 自然排尿 132 カテーテル 133 穿刺	15 呼吸器	14 口腔	16 消化器	3 血液	18 被毛
	171 犬(膿皮症) 172 猫			21 生殖器	9 鼻汁		22 胆汁	19 脳脊髄液	12 便
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 CFV CPDX-PR GM DOXY CLDM CP ST ERFX FRPM	CVA/AMPC CEX CMX GM FRM PL-B DOXY ST CP GFLX LVFX OBFX	CVA/AMPC CEX CPDX-PR CLDM DOXY GM FOM CP FRM 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	99 その他 ()
									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) <input type="checkbox"/> 5501 (嫌気) <input type="checkbox"/> 5502 (血液)	推奨薬剤セットを使用する	推奨薬剤セット 26 ウサギ
	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の場合は、追加2薬剤分が加算となります。)		
	<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"/> —	推奨薬剤セットを使用しない
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"/> — 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	<input type="checkbox"/> 57 CTX ③	オキサセフェム系	<input type="checkbox"/> 101 LMOX	テトラサイクリン系	<input type="checkbox"/> 451 TC	マクロライド系	<input type="checkbox"/> 351 EM
	<input type="checkbox"/> 1 ABPC	<input type="checkbox"/> 58 CZX ③	<input type="checkbox"/> 102 FMOX	<input type="checkbox"/> 452 MINO	<input type="checkbox"/> 352 CAM			
	<input type="checkbox"/> 2 SBT/ABPC	<input type="checkbox"/> 59 CAZ ③	モノバクタム系	<input type="checkbox"/> 453 DOXY	<input type="checkbox"/> 353 AZM			
	<input type="checkbox"/> 3 AMPC	<input type="checkbox"/> 62 CFV ③	<input type="checkbox"/> 251 AZT	<input type="checkbox"/> 454 OTC	クロラムフェニコール系			
	<input type="checkbox"/> 4 CVA/AMPC	<input type="checkbox"/> 65 CFIX ③	アミノグリコシド系	キノロン系	<input type="checkbox"/> 501 CP			
	<input type="checkbox"/> 5 PCG	<input type="checkbox"/> 66 CPDX-PR ③	<input type="checkbox"/> 301 GM	<input type="checkbox"/> 71 GFLX	ポリペプチド系			
	<input type="checkbox"/> 6 PIPC	<input type="checkbox"/> 67 CDTR-PI ③	<input type="checkbox"/> 302 KM	<input type="checkbox"/> 601 OFLX	<input type="checkbox"/> 551 CL			
	<input type="checkbox"/> 7 PIPC/TAZ	<input type="checkbox"/> 68 CFDN ③	<input type="checkbox"/> 303 SM	<input type="checkbox"/> 602 ERFX	<input type="checkbox"/> 552 VCM			
	セフェム系 (世代)	<input type="checkbox"/> 69 CFPN-PI ③	<input type="checkbox"/> 304 AMK	<input type="checkbox"/> 603 OBFX	<input type="checkbox"/> 553 PL-B			
	<input type="checkbox"/> 51 CEZ ①	<input type="checkbox"/> 70 CMX ③	<input type="checkbox"/> 305 TOB	<input type="checkbox"/> 604 CPFX	その他			
	<input type="checkbox"/> 52 CET ①	<input type="checkbox"/> 72 CTRX ③	<input type="checkbox"/> 306 FRM	<input type="checkbox"/> 605 NFLX	<input type="checkbox"/> 651 FOM			
	<input type="checkbox"/> 63 CEX ①	<input type="checkbox"/> 60 CZOP ④	<input type="checkbox"/> 307 DKB	<input type="checkbox"/> 606 LVFX	<input type="checkbox"/> 652 ST			
<input type="checkbox"/> 53 CTM ②	<input type="checkbox"/> 61 CFPM ④	<input type="checkbox"/> 308 ABK	<input type="checkbox"/> 607 TFLX	<input type="checkbox"/> 653 LZD				
<input type="checkbox"/> 54 CXM ②	カルバペネム系・ペネム系	リンコマイシン系	<input type="checkbox"/> 609 LFLX	<input type="checkbox"/> 654 TEIC				
<input type="checkbox"/> 55 CMZ ②	<input type="checkbox"/> 151 IPM	<input type="checkbox"/> 401 LCM	<input type="checkbox"/> 610 MBFX	<input type="checkbox"/> 656 MNZ				
<input type="checkbox"/> 64 CCL ②	<input type="checkbox"/> 152 MEPM	<input type="checkbox"/> 402 CLDM	<input type="checkbox"/> 611 PRA					
<input type="checkbox"/> 56 CPZ ③	<input type="checkbox"/> 201 FRPM							

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。

☐ スワブ

☐ 滅菌
スピッツ管

☐ 微生物
検査依頼書

☐ 検体ラベル

☐ 血液培養ボトル (有償) ※1

弊社使用欄

☐ スワブ期限確認済

※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。