

※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
担当医(カナ)	お名前(カナ・姓のみ) 様	年 月 日	
カルテNo.	お名前(カナ・名のみ) ちゃん	年齢 歳	コメント
(なし)		カ月・不明	

◆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	

提出容器	スワブ	滅菌スピッツ	血液培養ボトル	その他	総容器数
	本	本	本	本	本

採材部位	17 皮膚 171 犬(膿皮症) 172 猫	8 眼	7 耳 13 尿路 131 自然排尿 132 カテーテル 133 穿刺 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 CPDX-PR CLDM DOXY GM FOM CP FRLX ERFX OFLX OBFX	CVA/AMPC CEX CPDX-PR CLDM DOXY GM FOM CP FRLX ERFX OFLX OBFX	AMPC CVA/AMPC CEX CPDX-PR CLDM DOXY CP FRLX ERFX FOM ST	AMPC CVA/AMPC CEX AZM CMZ CLDM AMK DOXY ERFX FOM ST FRPM	AMPC CVA/AMPC CEX CLDM AZM CAM MINO DOXY CP ERFX OBFX FOM ST	AMPC CVA/AMPC CMZ CPDX-PR CLDM AMK FRPM DOXY CP ERFX CLDM 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	5500(一般) 5501(嫌気) 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する場合は、追加2薬剤分が加算となります。)	—	推奨薬剤セットを使用しない
	<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。	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	テトラサイクリン系	マクロライド系
	<input type="checkbox"/> 1 ABPC	<input type="checkbox"/> 58 CZX ③	<input type="checkbox"/> 101 LMOX	<input type="checkbox"/> 451 TC	<input type="checkbox"/> 351 EM
	<input type="checkbox"/> 2 SBT/ABPC	<input type="checkbox"/> 59 CAZ ③	<input type="checkbox"/> 102 FMOX	<input type="checkbox"/> 452 MINO	<input type="checkbox"/> 352 CAM
	<input type="checkbox"/> 3 AMPC	<input type="checkbox"/> 62 CFV ③	モノバクタム系	<input type="checkbox"/> 453 DOXY	<input type="checkbox"/> 353 AZM
	<input type="checkbox"/> 4 CVA/AMPC	<input type="checkbox"/> 65 CFIX 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"/> 5 PCG	<input type="checkbox"/> 66 CPDX-PR ③	アミノグリコシド系	キノロン系	<input type="checkbox"/> 501 CP
	<input type="checkbox"/> 6 PIPC	<input type="checkbox"/> 67 CDTR-PI ③	<input type="checkbox"/> 301 GM	<input type="checkbox"/> 71 GFLX	ポリペプチド系
	<input type="checkbox"/> 7 PIPC/TAZ	<input type="checkbox"/> 68 CFDN ③	<input type="checkbox"/> 302 KM	<input type="checkbox"/> 601 OFLX	<input type="checkbox"/> 551 CL
	セフェム系(世代)	<input type="checkbox"/> 69 CFPN-PI ③	<input type="checkbox"/> 303 SM	<input type="checkbox"/> 602 ERFX	<input type="checkbox"/> 552 VCM
	<input type="checkbox"/> 51 CEZ ①	<input type="checkbox"/> 70 CMX ③	<input type="checkbox"/> 304 AMK	<input type="checkbox"/> 603 OBFX	<input type="checkbox"/> 553 PL-B
	<input type="checkbox"/> 52 CET ①	<input type="checkbox"/> 72 CTRX ③	<input type="checkbox"/> 305 TOB	<input type="checkbox"/> 604 CPFX	その他
	<input type="checkbox"/> 63 CEX ①	<input type="checkbox"/> 60 CZOP ④	<input type="checkbox"/> 306 FRM	<input type="checkbox"/> 605 NFLX	<input type="checkbox"/> 651 FOM
	<input type="checkbox"/> 53 CTM ②	<input type="checkbox"/> 61 CFPF ④	<input type="checkbox"/> 307 DKB	<input type="checkbox"/> 606 LVFX	<input type="checkbox"/> 652 ST
	<input type="checkbox"/> 54 CXM ②	カルバペネム系・ペニム系	<input type="checkbox"/> 308 ABK	<input type="checkbox"/> 607 TFLX	<input type="checkbox"/> 653 LZD
	<input type="checkbox"/> 55 CMZ ②	<input type="checkbox"/> 151 IPM	リンコマイシン系	<input type="checkbox"/> 609 LFLX	<input type="checkbox"/> 654 TEIC
	<input type="checkbox"/> 64 CCL ②	<input type="checkbox"/> 152 MEPM	<input type="checkbox"/> 401 LCM	<input type="checkbox"/> 610 MBFX	<input type="checkbox"/> 656 MNZ
	<input type="checkbox"/> 56 CPZ ③	<input type="checkbox"/> 201 FRPM	<input type="checkbox"/> 402 CLDM	<input type="checkbox"/> 611 PRA	

(検査資材依頼欄) スワブ 減菌スピッツ管 微生物検査依頼書 検体ラベル 血液培養ボトル(有償)※1
※○をご記入ください。

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。