

細菌検査依頼書 (提出用)

2410版

検体送付日：20 年 月 日

患者情報	ID	病院名* (分院名)	()	都道府県*	()	市区町村*	()
	カルテ No.	患者名*	(セイ (メイ	動物種*	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 他 ()	品種	()
	担当医	検出菌	<input type="checkbox"/> 球菌 <input type="checkbox"/> 桿菌 <input type="checkbox"/> 未検出 ※真菌は受付不可	性別*	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	*は記入必須です。	

検査セット	基本セット		よくばりセット		耐性菌セット	
	皮膚 バンフ P19	<input type="checkbox"/> 表在性 <input type="checkbox"/> 深在性 } 同料金	<input type="checkbox"/> 表在性 <input type="checkbox"/> 深在性 } 同料金	<input type="checkbox"/> 表在性 <input type="checkbox"/> 深在性 } 同料金		
	耳 バンフ P19	<input type="checkbox"/> 片耳 <input type="checkbox"/> 両耳 (計2検体)	<input type="checkbox"/> 片耳 <input type="checkbox"/> 両耳 (計2検体)	<input type="checkbox"/> 片耳 <input type="checkbox"/> 両耳 (計2検体)		
	皮膚+耳 バンフ P19	<input type="checkbox"/> 皮膚+片耳 (計2検体) <input type="checkbox"/> 皮膚+両耳 (計3検体)	<input type="checkbox"/> 皮膚+片耳 (計2検体) <input type="checkbox"/> 皮膚+両耳 (計3検体)	<input type="checkbox"/> 皮膚+片耳 (計2検体) <input type="checkbox"/> 皮膚+両耳 (計3検体)		
	眼 バンフ P23	<input type="checkbox"/> 片眼 <input type="checkbox"/> 両眼 (計2検体)	<input type="checkbox"/> 片眼 <input type="checkbox"/> 両眼 (計2検体)	<input type="checkbox"/> 片眼 <input type="checkbox"/> 両眼 (計2検体)		
	尿 バンフ P21	<input type="checkbox"/> 穿刺尿 <input type="checkbox"/> 穿刺尿以外 } 同料金	<input type="checkbox"/> 穿刺尿 <input type="checkbox"/> 穿刺尿以外 } 同料金	<input type="checkbox"/> 穿刺尿 <input type="checkbox"/> 穿刺尿以外 } 同料金		
	尿定量培養	<input type="checkbox"/> 尿細菌検査に尿定量培養を追加する場合はチェック +¥1,000 スピッツ管で最低1mL以上				
	その他 バンフ P21	<input type="checkbox"/> その他 部位名 _____	<input type="checkbox"/> その他 部位名 _____	<input type="checkbox"/> その他 部位名 _____		
	呼吸器 バンフ P25	<input type="checkbox"/> 呼吸器 部位名 _____	<input type="checkbox"/> 呼吸器 部位名 _____	<input type="checkbox"/> 呼吸器 部位名 _____		
	血液培養 バンフ P27	<input type="checkbox"/> 部位名 _____	<input type="checkbox"/> 部位名 _____	<input type="checkbox"/> 部位名 _____		
うさぎ・げっ歯類 バンフ P29	<input type="checkbox"/> 部位名 _____ ※基本セットのみ ※その他の薬剤はオプションで選択可能					
嫌気検査 バンフ P31	<input type="checkbox"/> 同定のみ 部位名 _____ ※嫌気検査のみでも依頼可能 ※追加薬剤不可 <input type="checkbox"/> 同定+感受性 部位名 _____ ※採取容器は嫌気ポーターもしくはスワブ(トランシステム) <input type="checkbox"/> 自動追加(同定+感受性) ※好気検査で嫌気性菌疑い時に自動で追加(無菌的材料に限る)					

再検査 確認検査	前回検体 No. ()	※ 前回の検査結果報告日から1ヶ月以内に到着した検体が対象 ※ 嫌気検査は対象外 ※ 確認検査は1回のみ有効 詳細は、バンフ P32 参照
	<input type="checkbox"/> 前回菌未検出 → 前回と同じ検査セットを無料で実施 <input type="checkbox"/> 前回菌検出 → 菌が消失していた場合は¥1,500 今回も検出された場合は正規料金	

追加薬剤	<input type="checkbox"/> ABPC <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/> CPDX <input type="checkbox"/> FOM ※猫内服禁忌 <input type="checkbox"/> LVFX <input type="checkbox"/> OBFX <input type="checkbox"/> TC						
	<input type="checkbox"/> ABK <input type="checkbox"/> CEZ <input type="checkbox"/> CPFY <input type="checkbox"/> FRM <input type="checkbox"/> LZD <input type="checkbox"/> OFLX <input type="checkbox"/> TEIC						
	<input type="checkbox"/> ABPC/SBT <input type="checkbox"/> CFV <input type="checkbox"/> CTRX <input type="checkbox"/> FRPM <input type="checkbox"/> MBFX <input type="checkbox"/> PCG <input type="checkbox"/> TFLX						
	<input type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> CL <input type="checkbox"/> CTX <input type="checkbox"/> GFLX <input type="checkbox"/> MEPM <input type="checkbox"/> PIPC/TAZ <input type="checkbox"/> TOB						
	<input type="checkbox"/> AMPC/CVA <input type="checkbox"/> CLDM <input type="checkbox"/> DKB <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MFLX <input type="checkbox"/> PL-B <input type="checkbox"/> TZD						
	<input type="checkbox"/> AZM <input type="checkbox"/> CMX <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/> IPM <input type="checkbox"/> MINO <input type="checkbox"/> PRA <input type="checkbox"/> VCM						
	<input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> CMZ <input type="checkbox"/> ERFX <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> MUP <input type="checkbox"/> RFP						
	<input type="checkbox"/> CAM <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> FF <input type="checkbox"/> LFLX <input type="checkbox"/> NFLX <input type="checkbox"/> ST						
	※ここに記載のない薬剤は対応不可						

注意	※ 予備を同封される場合は1検体1依頼扱いとなり、検体数分の料金がかかります。 ※ 受付不可：便・4類感染症以上が疑われる検体。	検査資材のご依頼 <input type="checkbox"/> 依頼書 <input type="checkbox"/> スワブ <input type="checkbox"/> ヤマト伝票 <input type="checkbox"/> 緩衝材封筒 <input type="checkbox"/> スピッツ管 <input type="checkbox"/> ゆうパック伝票 <input type="checkbox"/> 郵便封筒 <input type="checkbox"/> (有償) 血培ボトル【本】 ※ボトルの必要本数をお書きください												
備考	<table border="1"><tr><td colspan="4">内部管理用チェックボックス</td></tr><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		内部管理用チェックボックス				A	B	C	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内部管理用チェックボックス														
A	B	C	D											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											