

ご入力時の注意点

- ①依頼書の色付き部分に必要な事項をご入力下さい。
- ②連絡先電話番号は、昼間、連絡のつく番号をご入力ください。
- ③依頼者が複数おられる場合は、代表の方の住所、氏名(または会社名)、連絡先電話番号をご入力ください。
- ④検査目的の項目をチェックしてください。また、チェックした数を件数欄にご入力ください。
- ⑤検査される方のお名前、年齢を、1～10までの被験者氏名欄、年齢欄にご入力ください。
- ⑥入力後、印刷した検便依頼書を検体とともにご持参ください。

検便依頼書

地方独立行政法人

大阪健康安全基盤研究所 理事長あて

依頼者	住所	〒	
	氏名		

連絡先TEL

(令和 年 月 日 細菌課・ウイルス課 受付)

検査項目	件数	検査目的	領収日
腸内細菌検査		<input type="checkbox"/> 赤痢菌	
		<input type="checkbox"/> チフス菌・パラチフスA菌	
		<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌	金額
		<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157	
		<input type="checkbox"/> その他:	
寄生虫卵検査		<input type="checkbox"/> 寄生虫卵	担当者
		<input type="checkbox"/> ぎょう虫卵	

No.	被験者氏名	年齢	検査結果
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

提出した上記ふん便材料について検査を依頼します。

検便依頼書

地方独立行政法人

大阪健康安全基盤研究所 理事長あて

依頼者	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名	<input type="text"/>

連絡先TEL

(令和 年 月 日 細菌課・ウイルス課 受付)

検査項目	件数	検査目的	領収日	
腸内細菌検査		<input type="checkbox"/> 赤痢菌		
		<input type="checkbox"/> チフス菌・パラチフスA菌		
		<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌		
		<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157		
		<input type="checkbox"/> その他:		
寄生虫卵検査		<input type="checkbox"/> 寄生虫卵	金額	
		<input type="checkbox"/> ぎょう虫卵		
			担当者	

No.	被験者氏名	年齢	検査結果	No.	被験者氏名	年齢	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

提出した上記ふん便材料について検査を依頼します。