

検査依頼書(窓口)

検体受付日 令和 年 月 日

依頼検体数 件

社名/依頼者名

住所 〒

TEL:

FAX:

依頼項目	セット名	価格	検査内容
	基本セット	¥250	赤痢菌・腸チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属
	O-157セット	¥500	基本セット+腸管出血性大腸菌O157
	腸管出血性大腸菌セット	¥550	基本セット+腸管出血性大腸菌O26、O111、O128、O157
	病大セット	¥600	基本セット+病原性大腸菌(O157を含む)
	その他		

受検者名簿

NO.	部署	氏名	性別	NO.	部署	氏名	性別
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

Mbic

衛生検査所[福保医安登第242号]

株式会社エムビックらいふ 環境分析センター

〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5

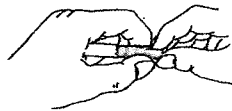
TEL:042-330-8830 FAX:042-330-8831

採便のしかた

- ▲なるべく新しい大便をとってください
- ▲容器の中のゼリー状の培地は捨てないでください
- ▲検体袋、採便管にお名前をご自分で記入される場合は、「カタカナ」でお願いします

～ 手順 ～

①キャップのはずし方



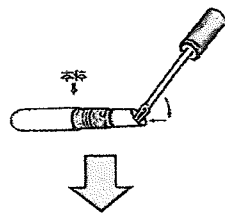
中指と薬指で本体を持ち、親指でキャップを静かにずらしながら、一方の手でゆっくりとキャップを引き抜く

②便のとり方



便の表面にスティックの先端部を2～3回つきさし、便を採便管のスプーン3杯分程度採取してください
(採便管にあふれない程度に採取してください)

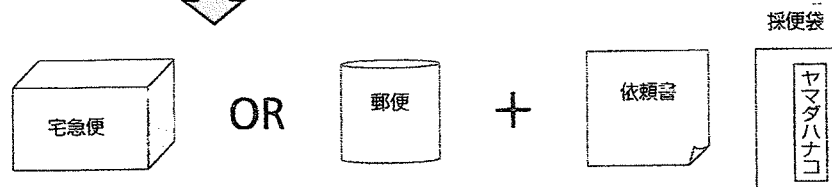
③キャップの差し込み方



◆下痢便のときも同様に必ず上記の便量を採取してください

スティックを斜め上より本体に差し込みパチンと音がするまで押し込む

◆採便後7日以内に当センターまで到着するように送付してください



必ず依頼書を記入し、宅配便もしくは郵便にて依頼書と検体を下記まで送付してください

検体送付先 株式会社エムビックらいふ 環境分析センター
住 所 〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5
電話 番号 042-330-8830 FAX番号 042-330-8831
検体荷受日 平日及び土曜日