(検便検査用)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 手数料 |  |
| 受付担当者 |  |

臨床検査依頼書

郡山市保健所長

次のとおり試験検査を依頼します。

※太枠内について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 | | 年　　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | | | |
| 依頼者名  （事業所名） | | ふりがな | | | |
|  | | | |
| 成績書  郵送先 | 住所 | 〒　　　　 　　－ | | | |
| 宛名  （依頼者と異なる場合に記入） | ふりがな | | | |
|  | | | |
| 連絡先担当者名 | | ふりがな | | 連絡先  電話番号 | （　　　　　）　　　　　- |
|  | |
| 成績書受取方法 | | 郵送　　来所 | **月　　　日16時以降**  あらかじめ電話確認の上、  検査依頼書の控えをお持ちください。 | | |
| 成績書様式 | | 連名　　個別 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査項目 | 赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌  腸管出血性大腸菌O157  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被検者氏名 | 検体  採取日 | 細菌番号 |  | 番号 | 被検者氏名 | 検体  採取日 | 細菌番号 |
| 1 |  | ／ |  |  | 11 |  | ／ |  |
| 2 |  | ／ |  |  | 12 |  | ／ |  |
| 3 |  | ／ |  |  | 13 |  | ／ |  |
| 4 |  | ／ |  |  | 14 |  | ／ |  |
| 5 |  | ／ |  |  | 15 |  | ／ |  |
| 6 |  | ／ |  |  | 16 |  | ／ |  |
| 7 |  | ／ |  |  | 17 |  | ／ |  |
| 8 |  | ／ |  |  | 18 |  | ／ |  |
| 9 |  | ／ |  |  | 19 |  | ／ |  |
| 10 |  | ／ |  |  | 20 |  | ／ |  |

郡山市保健所検査課　電話番号：024-924-2176

あらかじめ電話確認の上、検査依頼書の控えをお持ちください。

**月　　　日16時以降**