

令和7年2月5日

病・医院長 様
施設長 様

気仙沼市医師会臨床検査センター
(公印省略)

細菌・抗酸菌検査依頼書の記入方法について（通知）

平素より当医師会臨床検査センターをご利用いただき誠に有難うございます。

さて、細菌・抗酸菌検査依頼書をご利用になる際には、「検査項目合計数」をご記入いただいておりますが、各施設において合計数の誤りが散見されることから、「検査項目合計数」の数え方について改めてご案内いたしますので、ご確認下さいますよう宜しくお願い申し上げます

今後とも変わらぬご愛顧を宜しくお願いいたします。

記

添付書類

別紙記入例 1枚

カルテID
 氏名
 生年月日
 性別
 年齢

顧客コード
 顧客名 21-00
 別紙記入例

診療科目
 外来入院
 病棟
 担当医
 検査項目数合計 85

✓の数をご記入ください

担当医名及び診療科名は必ずご記入ください。

エンボスカードをご使用の際には、この枠に合わせてください。
 1歳未満の場合は「月・週・日」のいずれかにチェックをし、生後～の数字を年齢欄に記入してください。

注)カナ10文字
 備考

院内セット	推奨セット	コメント
<input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> VI <input checked="" type="checkbox"/> VII <input checked="" type="checkbox"/> VIII <input checked="" type="checkbox"/> IX	<input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌セット <input type="checkbox"/> 一般細菌・真菌セット <input type="checkbox"/> 抗酸菌PCRセット	<input checked="" type="checkbox"/> コメントあり <input type="checkbox"/> 一般細菌・好気培養同定・感受性 <input type="checkbox"/> 一般細菌・真菌培養同定・感受性 <input type="checkbox"/> (MTC・MAC/PCR・鏡検蛍光法・MGIT)

* 便検査検査は、別依頼書【(便検査・院内感染)依頼書】をご使用ください。
 * 検査材料は1材料のみご記入ください。記載されていない材料は、右下のその他のセット・項目欄にご記入ください。

① 材料	② 一般細菌・真菌	③ 抗酸菌	④ H.ピロリ菌	
口腔・気道・呼吸器検体 喀痰 副鼻腔 気管内採痰 鼻咽頭 咽頭ぬぐい液 BALF 鼻汁 気管支標過物 鼻腔 扁桃ぬぐい液 気管支洗浄液 その他	消化管検体 便 大腸粘膜 胆汁 消化器膿 胃液 十二指腸液 尿 膵液 嘔吐物 その他	泌尿器・生殖器検体 自然尿 バルトリン腺 中間尿 精液 カテテル尿 前立腺液 腔分泌物 泌尿生殖器膿 頸管分泌物 尿道分泌物 子宮内容物 その他 羊水	血液・穿刺液検体 動脈血 臍帯血 静脈血 骨髄液(マルク) 胸水 腹水 関節液 髄液(リコール) その他	その他の部位検体 開放性膿 皮膚 非開放性膿 爪 耳漏 IVHカテ先 眼脂 ドレーン排液 褥瘡 吸引チューブ 創部 その他 毛髪
鏡検 <input checked="" type="checkbox"/> 一般細菌 鏡検 培養同定 <input checked="" type="checkbox"/> 好気培養同定 <input checked="" type="checkbox"/> 真菌培養同定 <input checked="" type="checkbox"/> 嫌気培養同定 目的菌 <input checked="" type="checkbox"/> MRSA <input checked="" type="checkbox"/> 百日咳菌 <input checked="" type="checkbox"/> 緑膿菌 <input checked="" type="checkbox"/> カンジダ(真) <input checked="" type="checkbox"/> 溶連菌 <input checked="" type="checkbox"/> アスペルギルス(真) <input checked="" type="checkbox"/> ヘモフィルス <input checked="" type="checkbox"/> シフテリア菌 <input checked="" type="checkbox"/> マイコプラズマ <input checked="" type="checkbox"/> 放線菌(嫌) <input checked="" type="checkbox"/> レジオネラ <input checked="" type="checkbox"/> 常在菌検査	鏡検 <input type="checkbox"/> 一般細菌 鏡検 培養同定 <input type="checkbox"/> 好気培養同定 <input type="checkbox"/> 真菌培養同定 <input type="checkbox"/> 嫌気培養同定 目的菌・所見 <input type="checkbox"/> カンパクター <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> C.ディフィシル(嫌) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> エルシニア <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 海外帰国者 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 常在菌検査 <input type="checkbox"/> 大腸菌血清型別 <input type="checkbox"/> ペロトキシン	鏡検 <input type="checkbox"/> 一般細菌 鏡検 培養同定 <input type="checkbox"/> 好気培養同定 <input type="checkbox"/> 真菌培養同定 <input type="checkbox"/> 嫌気培養同定 目的菌・所見 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ウレアプラズマ <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> カンジダ(真) <input type="checkbox"/> 淋菌 <input type="checkbox"/> 常在菌検査 <input type="checkbox"/> トリコモナス <input type="checkbox"/> STD	鏡検 <input type="checkbox"/> 一般細菌 鏡検 <input type="checkbox"/> 真菌 鏡検 培養同定 <input type="checkbox"/> 好気培養同定 <input type="checkbox"/> 真菌培養同定 <input type="checkbox"/> 嫌気培養同定 目的菌 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> カンジダ(真) <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> アスペルギルス(真) <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> クリプトコッカス(真) <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> レプトスピラ <input type="checkbox"/> ヘモフィルス <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ヘモフィルス <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> カンジダ(真) <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> アスペルギルス(真) <input type="checkbox"/> GBSスクリーニング <input type="checkbox"/> パンコマイシン耐性菌球菌(子折検査) <input type="checkbox"/> C.ディフィシル毒素	
事前情報 <input type="checkbox"/> 抗酸菌陽性疑い <input type="checkbox"/> 院内抗酸菌鏡検陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 感受性 <input type="checkbox"/> 4薬剤以上	鏡検 <input checked="" type="checkbox"/> 蛍光法 <input type="checkbox"/> チールネルゼ法 培養 <input checked="" type="checkbox"/> 蛍光センサー法(MGIT) <input type="checkbox"/> 小川法 同定 <input type="checkbox"/> 抗酸菌種同定(質量分析法) <input type="checkbox"/> 生検体で提出の場合は分離培養(No.8044)か分離培養(菌糸感受性蛍光センサー法)(No.8579)を必ず同時依頼してください。	PCR <input type="checkbox"/> MTC・MAC/PCRセット <input type="checkbox"/> 結核菌群/PCR(MTC/PCR) <input type="checkbox"/> MAC/PCR	感受性 <input type="checkbox"/> 酵母様真菌感受性セット <input type="checkbox"/> 結核菌群/PCR結果にかかわらず実施します	

◎ お願い 複写です。強くご記入ください。黒のボールペンで記入(折曲厳禁)