

腸内細菌検査依頼書

令和 年 月 日

【住所】 〒

必要事項をご記入ください

【氏名】又は【事業者名】
フリガナ

【連絡先】 (TEL)

成績書（郵送・窓口）ご希望

必ずどちらかに○をしてください
(○がなければ郵送となります)

※ 請求先、結果送付先等が依頼者と異なる場合は必ずご記入ください。

※結果書	記載する住所・氏名(□依頼者と同じ・□下記のとおり)	記載する住所・氏名(□依頼者と同じ・□下記のとおり)
	送付先の住所・氏名(□依頼者宛・□下記のとおり)	送付先の住所・氏名(□依頼者宛・□下記のとおり)

依頼項目に○をつけてください

No	氏名	検査項目	腸内細菌検査					ノロウイルス検査		寄生虫検査	
			セット2	セット3	セット4	セット5	セット9	抗原抗体	PCR	塗抹	集卵
1	公社 太郎		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
2	公社 花子					<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

この個人情報は検査の目的以外には使用いたしません。

〒690-0012
松江市古志原1-4-6
公益財団法人 島根県環境保健公社
TEL:0570-085-111 (ナビダイヤル)
(②松江→①健診→③腸内細菌)
e-mail: rinsho@kanhokou.or.jp

	腸内細菌検査 セット項目				
	セット2	セット3	セット4	セット5	セット9
赤痢	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
腸チフス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
サルモネラ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0-157			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0-26				<input checked="" type="checkbox"/>	
0-111				<input checked="" type="checkbox"/>	
パラチフス		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>