

登録衛生検査所 登録番号 静岡県第 14-5 号

株式会社中部衛生検査センター

検査案内書

検 査 案 内 書

登 録 業 務

微生物学的検査

細菌培養同定検査－赤痢菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌、ビブリオ属菌、

カンピロバクター属菌等

尿・糞便等一般検査

尿・糞便等一般検査－蛋白・糖・潜血（尿検査）、寄生虫検査－回虫等、ぎょう虫

遺伝子関連検査・染色体検査

病原体核酸検査－赤痢菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌、ノロウイルス等

登録衛生検査所 登録番号 静岡県第 14-5 号

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007 静岡県島田市島 663 番地の 3

TEL 0547-46-2348 FAX 0547-46-2343

営業時間 9:00～18:00（日曜日を除く）

お客様から頂いた個人情報、個人情報保護法に基づき厳守致します。

お客様の個人情報を守るための取り組みとしてプライバシーマークの取得をしております。

登録番号：14300034(04)号

生物化学試験（細菌検査）の分野で試験所認定 ISO/IEC 17025 を取得しております。

登録番号：RTL04340

（令和元年 10 月 1 日改訂）

検査項目	検体・検体量	保存（日数）	所要時間	検査方法
赤痢菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値

提出してください。

陰性

・判定基準

・検体提出条件

(陽性)

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検体袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

遺伝子検査で赤痢菌遺伝子に特異的に反応すること又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌が赤痢菌の特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

・必要記入事項

(陰性)

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

遺伝子検査で赤痢菌遺伝子に特異的に反応しないこと又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌が赤痢菌の特徴的な性状をしていないこと。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲

・検体搬送に要する時間

陽性

4 日以内

・検体採取・保存方法

・検体受領場所

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

株式会社中部衛生検査センター

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
サルモネラ属菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値
陰性

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

判定基準

(陽性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応すること又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応しないこと又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていないこと。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲
陽性

・検体搬送に要する時間
4 日以内

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
腸チフス菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

- ・基準値
陰性

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

判定基準

(陽性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応すること又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応しないこと又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていないこと。

- ・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

- ・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

- ・緊急報告を行う検査値の範囲
陽性

- ・検体搬送に要する時間
4 日以内

- ・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

- ・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
パラチフス A 菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値
陰性

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

・判定基準

(陽性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応すること又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

遺伝子検査でサルモネラ属菌に特異的に反応しないこと又は SSE、TAM 培地による培養検査により発育した菌がサルモネラ属菌の特徴的な性状をしていないこと。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
腸管出血性大腸菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値
陰性

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

・判定基準

(陽性)

遺伝子検査で VT 遺伝子に特異的に反応すること又は STEC 培地による培養検査により発育した菌が腸管出血性大腸菌の特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

遺伝子検査で VT 遺伝子に特異的に反応しないこと又は STEC 培地による培養検査により発育した菌が腸管出血性大腸菌の特徴的な性状をしていないこと。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
コレラ菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	6 営業日	分離培養法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

TCBS 培地による培養検査により発育した菌がコレラ菌の耐塩性など特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

TCBS 培地による培養検査により発育した菌がコレラ菌の特徴的な性状をしていないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出して下さい。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
病原大腸菌 (ETEC)	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値

提出してください。

陰性

・判定基準

・検体提出条件

(陽性)

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

TAM 培地による培養検査により発育した菌が病原大腸菌の特徴的な性状をしていることかつ遺伝子検査で LT 遺伝子、ST 遺伝子に特異的に反応するもの。

・必要記入事項

(陰性)

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

TAM 培地による培養検査により発育した菌が病原大腸菌の特徴的な性状をしていないこと。

会社名

店舗名

所属

氏名

・緊急報告を行う検査値の範囲

検体採取年月日

陽性

・検体搬送に要する時間

・検体採取・保存方法

4 日以内

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

・検体受領場所

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
黄色ブドウ球菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	分離培養法

・基準値

提出してください。

陰性

・判定基準

・検体提出条件

(陽性)

卵黄加マンニット食塩培地による培養検査により発育した菌が黄色ブドウ球菌の特徴的な性状をしていることかつ凝集反応が見られるもの。

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

(陰性)

卵黄加マンニット食塩培地による培養検査により発育した菌が黄色ブドウ球菌の特徴的な性状をしていないこと。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

・緊急報告を行う検査値の範囲

会社名

店舗名

所属

氏名

陽性

検体採取年月日

・検体採取・保存方法

・検体搬送に要する時間

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

4 日以内

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
腸炎ビブリオ	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	分離培養法

・基準値

陰性

提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・判定基準

(陽性)

TCBS 培地による培養検査により発育した菌が腸炎ビブリオ菌の耐塩性など特徴的な性状をしていることかつ抗原検査で凝集反応があるもの。

(陰性)

TCBS 培地による培養検査により発育した菌が腸炎ビブリオの特徴的な性状をしていないこと。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
カンピロバクター 属菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	5 営業日	遺伝子検査法 分離培養法

・基準値

提出してください。

陰性

・判定基準

・検体提出条件

(陽性)

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

CCDA 培地による微好気培養検査により発育した菌がカンピロバクター属菌の特徴的な性状をしていることかつ遺伝子検査でカンピロバクター遺伝子に特異的に反応があるもの。

・必要記入事項

(陰性)

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

CCDA 培地による培養検査により発育した菌がカンピロバクター属菌の特徴的な性状をしていないこと。

会社名

店舗名

所属

氏名

・緊急報告を行う検査値の範囲

検体採取年月日

陽性

・検体搬送に要する時間

・検体採取・保存方法

4 日以内

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

・検体受領場所

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
セレウス菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	分離培養法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

NGKG 培地による培養検査により発育した菌がセレウス属菌の特徴的な性状をしているもの。

(陰性)

NGKG 培地による培養検査により発育した菌がセレウス属菌の特徴的な性状をしていないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出して下さい。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
エルシニア属菌	糞便 少量	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	分離培養法

・基準値

陰性

提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・判定基準

(陽性)

CIN 寒天培地による培養検査により発育した菌がエルシニア属菌の特徴的な性状をしているもの。

(陰性)

CIN 寒天培地による培養検査により発育した菌がエルシニア属菌の特徴的な性状をしていないこと。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

保存輸送培地入専用採便管を使用し、採便棒の先端で糞便全体をランダムに突き刺し、少量付着している程度採取して下さい。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
ノロウイルス	糞便 米粒大	冷暗所 (1 週間)	3 営業日	遺伝子検査法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

糞便乳剤の核酸増幅産物検出装置の解析によりノロウイルス G I /G II に特異的な増幅が見られるもの。

(陰性)

糞便乳剤の核酸増幅産物検出装置の解析によりノロウイルス G I /G II に特異的な増幅が見られないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

専用採便管を使用し、採便管の先端で糞便全体を突き刺し、米粒大の量を採取してください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
サポウイルス	糞便 小豆大	冷暗所 (1 週間)	3 営業日	遺伝子検査法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

糞便乳剤の核酸増幅産物検出装置の解析によりサポウイルスに特異的な増幅が見られるもの。

(陰性)

糞便乳剤の核酸増幅産物検出装置の解析によりサポウイルスに特異的な増幅が見られないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

専用採便管を使用し、採便管の先端で糞便全体を突き刺し、小豆大の量を採取してください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
ロタウイルス	糞便 小豆大	冷暗所 (1 週間)	3 営業日	イムノクロマト法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

糞便乳剤のイムノクロマト法によりロ
タウイルスに特異的なバンドが見られ
るもの。

(陰性)

糞便乳剤のイムノクロマト法によりロ
タウイルスに特異的なバンドが見られ
ないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

専用採便管を使用し、採便管の先端で糞
便全体を突き刺し、小豆大の量を採取し
てください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼
って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に
提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無い
ことを確認して検査袋に入れ、弊社担当
者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下
さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず
記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
アデノウイルス	糞便 小豆大	冷暗所 (1 週間)	3 営業日	イムノクロマト法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

糞便乳剤のイムノクロマト法によりアデノウイルスに特異的なバンドが見られるもの。

(陰性)

糞便乳剤のイムノクロマト法によりアデノウイルスに特異的なバンドが見られないこと。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

専用採便管を使用し、採便管の先端で糞便全体を突き刺し、小豆大の量を採取してください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れ、弊社担当者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存(日数)	所要時間	検査方法
回虫等寄生虫	糞便 小豆大	冷暗所 (1 週間)	4 営業日	集卵法 薄層塗抹法

・基準値

陰性

・判定基準

(陽性)

集卵法・薄層塗抹法により鏡検を行い、
虫卵が確認されたもの。

(陰性)

集卵法・薄層塗抹法により鏡検を行い、
虫卵が確認されないもの。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

専用採便管を使用し、採便管の先端で糞
便全体を突き刺し、小豆大の量を採取し
てください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼
って下さい。

採取後は冷暗所に保管し、一週間以内に
提出してください。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無い
ことを確認して検査袋に入れ、弊社担当
者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下
さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず
記入してください。

会社名

店舗名

所属

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存（日数）	所要時間	検査方法
ぎょう虫	検査セロファン 2 日間のスタンプ	冷暗所 (2 週間)	4 営業日	ウスイ法

・基準値

陰性

分を密着させて下さい。

検査セロファンに名前を記入して下さい。

・判定基準

(陽性)

2 日分を合わせた検査セロファンを鏡
 検し、ぎょう虫卵が確認されたもの。

(陰性)

2 日分を合わせた検査セロファンを鏡
 検し、ぎょう虫卵が確認されないもの。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

2 日連続で検体を採取する。

1 日目ー起床後直ちに、二つ折りの検査
 セロファンの「1 日目」の内側のセロフ
 ァンをはがし、青丸部分で肛門をスタン
 プした後、内側のセロファンを元にもど
 して下さい。

2 日目ー起床後直ちに、二つ折りの検査
 セロファンの「2 日目」の内側のセロフ
 ァンをはがし、青丸部分で肛門をスタン
 プした後、内側のセロファンを取り除き、
 気泡の入らないように注意しながら、検
 査セロファンの 1 日目と 2 日目の青丸部

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無い
 ことを確認して検査袋に入れ、弊社担当
 者あるいは指定の宅配便にお引き渡し下
 さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず
 記入してください。

学校・園名

クラス名

番号

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

4 日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

検査項目	検体・検体量	保存（日数）	所要時間	検査方法
尿検査 蛋白・糖・潜血	尿 10mL	10℃以下 （当日）	2 営業日	試験紙法

・基準値

陰性

・判定基準

（陽性）

試験紙を尿に浸し、30 秒後に試験紙の呈色を色調表と比較し、+以上のもの。

（陰性）

試験紙を尿に浸し、30 秒後に試験紙の呈色を色調表と比較し、－及び±のもの。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・検体採取・保存方法

① 「採尿コップ」を作製し、それに中間尿を採取して下さい。

② 「採尿容器」のキャップを外し、容器の両側から指で圧迫し「採尿コップ」から尿を約 10mL 吸引して下さい。

③ 中身が漏れないよう、キャップをしっかり締めて下さい。

④ 「採尿容器」に名前を記入して下さい。

⑤ 提出までは冷暗所に保管して下さい。

・検体提出条件

検体同士の汚染、破損、取り違えの無いことを確認して検査袋に入れて、弊社担当者にお引き渡し下さい。

・必要記入事項

検査依頼書及び検体袋に下記事項を必ず記入してください。

学校名

クラス名

番号

氏名

検体採取年月日

・検体搬送に要する時間

当日以内

・検体受領場所

株式会社中部衛生検査センター

〒428-0007

静岡県島田市島 663-3

TEL：0547-46-2348

FAX：0547-46-2343

登録衛生検査所 登録番号 静岡県第 14-5 号

株式会社中部衛生検査センター

検査案内書

検査容器一覧

◎腸内細菌検査



検査容器

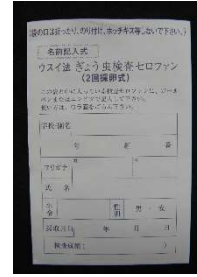


検査容器袋

◎蛭虫検査



検査容器



検査容器袋

◎ノロウイルス検査



検査容器

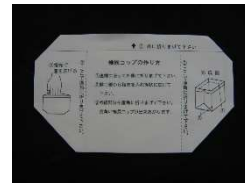


検査容器袋

◎尿検査



検査容器

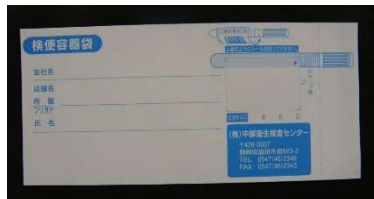


採尿コップ

◎寄生虫検査



検査容器



検査容器袋



尿容器袋