

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、腸チフス菌、パラチフス A 菌、
腸管出血性大腸菌、病原大腸菌、コレラ菌、腸炎ビブリオ等

遺伝子関連検査・染色体検査

病原体核酸検査（遺伝子検査）－赤痢菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌、
ノロウイルス、サポウイルス、コロナウイルス等

尿・糞便等一般検査

尿検査－蛋白・糖・潜血

糞便検査（寄生虫）－回虫等、ぎょう虫

検査容器一覧

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は、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しております。

登録番号：14300034(05)号

生物科学試験（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 2 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
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。

- (陰性)

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。

- ・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。

- ・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
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
病原大腸菌	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)

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病原大腸菌免疫 O 群血清に特異的に凝集するもの。

(陰性)

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。

・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
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
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

・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。

・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下さい。

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
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
陰性
- ・ 判定基準
(陽性)
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。
(陰性)
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。
- ・ 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
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

陰性

・判定基準

(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。

(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。

・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下さい。

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
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)

卵黄加 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)

卵黄加 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

・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。

・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
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 GⅠ/GⅡ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 GⅠ/GⅡ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
コロナウイルス (2019n-CoV)	下気道由来検体 1～2mL 鼻咽頭ぬぐい液 1 本 唾液 1～2mL 鼻腔ぬぐい液 1 本	冷暗所 (48 時間)	2 営業日	リアルタイム one-step RT-PCR 法

- ・基準値
陰性

- ・判定基準

(陽性)

N セットおよび N2 セットの一方または両方あるいは諸外国で用いられている 2019n-CoV の特異的な配列に反応するプライマーを用いて特異的な増幅が認められた場合、検体まで遡り最初から再検査を実施し、同様に特異的な増幅が見られた場合、陽性と判定する。

(陰性)

核酸増幅産物検出装置の解析によりコロナ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

2019n-CoV 感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル最新版に従い採取し保存する。

- ・検体輸送

2019n-CoV 感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル最新版に従い輸送する。

- ・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パウチ袋に入れ、依頼書と共に弊社社員にお渡しください。

- ・必要記入事項

検査依頼書に下記事項を必ず記入してください。

病院名

患者 ID

患者氏名

患者生年月日

患者性別

検体採取年月日

検体名

- ・検体搬送に要する時間

半日以内

- ・検体受領場所

検体採取場所（医療機関等）

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
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

必ず記入してください。

学校名

クラス名

・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。

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

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・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

検査項目	検体・ 検体量	保存 (日数)	所要時間	検査方法
回虫等	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。

・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。

・緊急報告を行う検査値の範囲

陽性

・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

・検体採取・保存方法

2 日連続で検体を採取する。

1 日目一起床後直ちに、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 日目一起床後直ちに、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

検査容器一覧

◎腸内細菌検査



検査容器

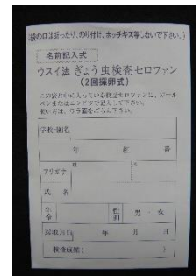


検査容器袋

◎蟯虫検査



検査容器



検査容器袋

◎ノロウイルス検査



検査容器

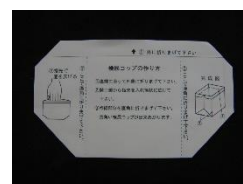


検査容器袋

◎尿検査



検査容器



採尿コップ

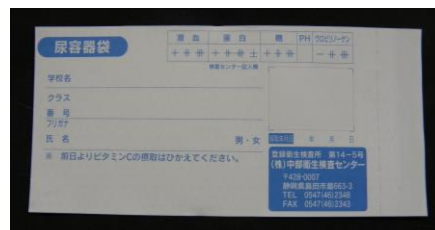
◎寄生虫検査



検査容器



検査容器袋



尿容器袋