

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

尿・糞便等一般検査

遺伝子関連検査・染色体検査

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をしております。

登録番号：14300034(07)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 6 年 4 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	常温 (1 週間)	4 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)

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 培地、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 培地、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。

・ **緊急報告を行う検査値の範囲**

陽性

・ **検体採取方法**

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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
サルモネラ属菌	糞便 少量	常温 (1 週間)	4 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)

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 培地、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 培地、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。

・ **緊急報告を行う検査値の範囲**

陽性

・ **検体採取方法**

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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
腸チフス菌	糞便 少量	常温 (1 週間)	4 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)

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 培地、TAM 培地による培養検査により発育した菌が腸チフス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 培地、TAM 培地による培養検査により発育した菌が腸チフス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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
パラチフス A 菌	糞便 少量	常温 (1 週間)	4 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)

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 培地、TAM 培地による培養検査により発育した菌がパラチフス A 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 培地、TAM 培地による培養検査により発育した菌がパラチフス A 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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
腸管出血性大腸菌	糞便 少量	常温 (1 週間)	4 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)

遺伝子検査で VT 産生性遺伝子に特異的に反応すること又は STEC 培地、TAM 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 VT 毒素産生が確認されること。

(陰性)

遺伝子検査で VT 産生性遺伝子に特異的に反応しないこと又は STEC 培地、TAM 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。

・ **緊急報告を行う検査値の範囲**

陽性

・ **検体採取方法**

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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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毒素産生があるもの。

(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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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	常温 (1 週間)	4 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)

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。

(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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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	常温 (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コアグララーゼ試験における凝固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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・保存方法

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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

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	常温 (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菌の耐塩性など特徴的な性状をしていること。

(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菌の耐塩性など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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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

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	常温 (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ないこと。

・ **緊急報告を行う検査値の範囲**

陽性

・ **検体採取方法**

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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
セレウス属菌	糞便 少量	常温 (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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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	常温 (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ください。

検査袋のバーコードシールを採便管に貼ってください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下の常温で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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)

ふん便乳剤のリアルタイム PCR 法による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)

ふん便乳剤のリアルタイム PCR 法による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

・ **検体採取方法**

専用採便管を使用し、採便棒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ください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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 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)

ふん便乳剤のリアルタイム PCR 法による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)

ふん便乳剤のリアルタイム PCR 法による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

・検体採取方法

専用採便管を使用し、採便棒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ください。

・保存方法

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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 米粒大	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)

ふん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)

ふん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

・検体採取方法

専用採便管を使用し、採便棒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ください。

・保存方法

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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 米粒大	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)

ふん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)

ふん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

・ **検体採取方法**

専用採便管を使用し、採便棒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ください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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
2019-nCoV 新型コロナウイルス	上気道由来検体 唾液	4℃以下 (48 時間以内)	1 営業日	遺伝子検査法 RT-PCR 法

・ **基準値**

陰性

・ **判定基準**

(陽性)

上気道由来検体（唾液・喀痰・咽頭拭い液・鼻咽頭拭い液等）のリアルタイム PCR 法による解析により 2019-nCoV に特異的な増幅が見られるもの。

(陰性)

気道由来検体（唾液・喀痰・咽頭拭い液・鼻咽頭拭い液等）のリアルタイム PCR 法による解析により 2019-nCoV 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

・ **検体採取方法**

国立感染症研究所の「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」に従い採取・保存を行ってください

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 4℃以下で保冷し、48 時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体袋に入れ、弊社までお持ち込み下さい。

・ **必要記入事項**

検査依頼書及に下記事項を必ず記入してください。

・ ご依頼者様情報

・ 患者様情報

氏名

男・女

検体採取年月日

検体の種類

・ **検体搬送に要する時間**

自家集配の場合:12時間以内(静岡県内)

・ **検体受領場所 検査実施場所**

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

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できないこと。

・ **緊急報告を行う検査値の範囲**

陽性

・ **検体採取方法**

専用採便管を使用し、採便棒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ください。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、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体袋に入れ、弊社回収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	常温 (2 週間)	4 営業日	ウスイ法

・ **基準値**

陰性

・ **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

・ **検体採取方法**

2 日連続で検体を採取する。

1 日目-起床後直ちに、二つ折り検査セロ
ファンの「1 日目」の内側のセロファンを
はがし、青もある部分で肛門をスタンプ
した後、内側のセロファンを元に戻して
ください。

2 日目-起床後直ちに、二つ折り検査セロ
ファンの「2 日目」の内側のセロファンを
はがし、青もある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
泡が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 日目の青丸部分
を密着させてください。

検査セロファンに名前を記入してくださ
い。

・ **保存方法**

採取後は直射日光のあたらない 25℃以下
の常温で保管し、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、取り違いの無いこ
とを確認して検体袋に入れ、弊社回収担
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 秒後に試験し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 秒後に試験し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

- ① 「採尿コップ」を作製し、それに中間尿を採取してください。
- 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 吸引してください。
- ③ 中身が漏れないよう、キャップをしっかりと閉めてください。
- ④ 「尿容器袋」に名前を記入してください。

・保存方法

採取後は直射日光のあたらない 20℃以下の冷暗所で保管し、**当日中**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、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

検査容器一覧

◎腸内細菌検査



検査容器

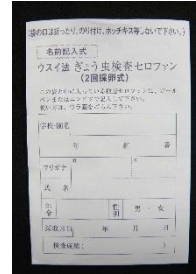


検査容器袋

◎蟻虫検査



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