

糞便検査依頼書①

太枠の中をご記入ください

| | | | | |
|-----------------------------------|--------|---|---|---|
| 検査依頼日 | | 年 | 月 | 日 |
| 依頼者 | 住所 | (〒 — —) | | |
| | 氏名 | (担当者名) | | |
| | 電話番号 | — | — | |
| | 業種等 | <input type="checkbox"/> 給食従事者 <input type="checkbox"/> 食品従事者 <input type="checkbox"/> 水道従事者 <input type="checkbox"/> 実習、学生 <input type="checkbox"/> 他() | | |
| 検査依頼項目 | | <input type="checkbox"/> 赤痢菌、チフス菌、パラチフスA菌 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 O157 <input type="checkbox"/> サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 O26 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 O111 <input type="checkbox"/> () | | |
| 検査結果 | 受取方法 | <input type="checkbox"/> 来所して受け取り <input type="checkbox"/> 郵送希望 ^{※1} | | |
| | 結果記載方法 | <input type="checkbox"/> 被検者別で発行 <input type="checkbox"/> 連名で発行 ^{※2} | | |
| 個人情報保護に関する法律に基づく検査結果の取り扱いに関する同意確認 | | <p>該当する項目の「<input type="checkbox"/>」に✓を入れてください。</p> <input type="checkbox"/> 社内回覧、掲示により被検者へ周知していますので、検便検査結果の提供を要望します。 <input type="checkbox"/> 被検者より「同意書」を受け取っているため、検便検査結果の提供を要望します。 <input type="checkbox"/> 労働衛生委員会・安全衛生委員会において検便検査結果活用の旨、議決済みのため、結果の提供を要望します。 <input type="checkbox"/> その他(下記に内容を記載してください) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | |

| 弊所使用 | 番号 | フリガナ | | 採便日 | 弊所使用 | 番号 | フリガナ | | 採便日 |
|------|----|------|----|-----|------|----|------|----|-----|
| | | 被検者 | 氏名 | | | | 被検者 | 氏名 | |
| | 1 | | | / | | 6 | | | / |
| | 2 | | | / | | 7 | | | / |
| | 3 | | | / | | 8 | | | / |
| | 4 | | | / | | 9 | | | / |
| | 5 | | | / | | 10 | | | / |

| | | |
|-----|-------|----|
| 手数料 | 受付検体数 | 検体 |
| | 単価 | 円 |
| | 合計 | 円 |

| | |
|-------|--|
| 受付担当者 | |
| 受付印 | |

* 公衆衛生上、担当課に検査結果を情報提供する場合がありますのでご了承ください。

[問い合わせ先]
あかし保健所 生活衛生課 衛生検査係 TEL:078-918-5427