



## 細菌・抗酸菌検査依頼書変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のことと、お喜び申し上げます。  
平素は格別のお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。  
さて、下記依頼書を変更させていただきますので、お知らせいたします。  
先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、何卒宜しくご了承の程お願い申し上げます。

謹白

### 記

#### <対象の依頼書>

新規

細菌・抗酸菌検査依頼書 G-31A 使用開始：7月19日（月）集配分より  
・器材発注用紙にて、必要数量をご注文下さい。

終了

細菌・抗酸菌検査依頼書 G-31 使用終了：7月31日（土）集配分まで  
・順次集配員に返却下さい。

<変更理由> 記入しやすいレイアウトに変更。

- <変更箇所>
- ① 検査材料の追加
    - ・口腔・気道・呼吸器系材料  
追加項目 → 舌苔、その他
    - ・消化器系材料  
追加項目 → 腸管洗浄液、その他
  - ② 塗抹鏡検の追加
    - ・白癬菌 鏡検
  - ③ 目的菌の追加
    - ・白癬菌
  - ④ 薬剤感受性検査の追加
    - ・非結核性抗酸菌薬剤感受性検査
  - ⑤ 補足文章の追加  
詳細は裏面をご確認下さい。

裏面に続きます



追加項目は赤枠の項目となります

緑枠は文章の追加及び変更です

様  
材料数合計・検査項目数合計も必ず記入願います。

○お願い  
複写ですので強くご記入下さい。(黒のボールペンで記入)  
(折曲厳禁)

### 細菌・抗酸菌検査依頼書 G-31A 病医院控

患者コード \_\_\_\_\_ 顧客名 \_\_\_\_\_

診療科: 内科 消化 小児 精神 外科 整形外科 皮膚科 20 年 月 日  
時刻(24H表記) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

科名: 泌尿 産科 婦人 耳鼻 皮膚

外来入院: \_\_\_\_\_

病棟病室: \_\_\_\_\_

体重: \_\_\_\_\_ kg  
身長: \_\_\_\_\_ cm

材料数合計 \_\_\_\_\_ 検査項目数合計 \_\_\_\_\_

カルテID \_\_\_\_\_

カナ名 \_\_\_\_\_

生年月日: 年 月 日

性別: 男 女  
年齢: \_\_\_\_\_ 才

エンボスカードをご使用の際は、この枠に自筆して下さい。

院内セット		
<input type="checkbox"/> B960	<input type="checkbox"/> B963	<input type="checkbox"/> B966
<input type="checkbox"/> B961	<input type="checkbox"/> B964	<input type="checkbox"/> B967
<input type="checkbox"/> B962	<input type="checkbox"/> B965	<input type="checkbox"/> B968

セット(検査材料は別注チェックをお願い致します。)	
<input type="checkbox"/> 一般細菌 (鏡検・培養同定・感受性)	<input type="checkbox"/> 抗酸菌 (鏡検蛍光法・培養MGIT)
<input type="checkbox"/> 一般細菌・真菌 (鏡検・好気真菌培養同定・感受性)	

臨床所見	補足情報	コメント
<input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 微熱 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 膿胸 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 持続熱(2週間以上) <input type="checkbox"/> 不明熱 <input type="checkbox"/> 急性発熱 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> CRP高値 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> レントゲン所見あり <input type="checkbox"/> 発熱(37.8℃以上) <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> 海外帰国者 <input type="checkbox"/> 結核歴/既往症あり <input type="checkbox"/> 養生中 <input type="checkbox"/> 抗酸菌陽性疑い <input type="checkbox"/> 抗生剤投与中 <input type="checkbox"/> 院内抗酸菌陽性	<input type="checkbox"/> コメントあり

1 検査材料 (材料毎に依頼書を起票して下さい)				
口腔、気道・呼吸器系材料	消化器系材料	泌尿・生殖器系材料	血液または穿刺液	その他材料
<input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> BALF <input type="checkbox"/> 吸引痰 <input type="checkbox"/> 気管支擦過 <input type="checkbox"/> 咽喉ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 扁桃 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 膿(呼吸器由来) <input type="checkbox"/> 鼻腔分泌物 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 耳鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 消化器洗浄液	<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腸管洗浄液 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胆汁 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胃液 <input type="checkbox"/> 十二指腸液 <input type="checkbox"/> 膵液 <input type="checkbox"/> 吐物 <input type="checkbox"/> 消化器腫瘍	<input type="checkbox"/> 自然尿 <input type="checkbox"/> 子宮内容物 <input type="checkbox"/> 中間尿 <input type="checkbox"/> 前立腺液 <input type="checkbox"/> カテーテル尿 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器腫瘍 <input type="checkbox"/> 膈分泌物 <input type="checkbox"/> バルトリン液 <input type="checkbox"/> 尿道分泌物 <input type="checkbox"/> 精液 <input type="checkbox"/> 月経血 <input type="checkbox"/> 子宮頸管	<input type="checkbox"/> 動脈血 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> 静脈血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> CAPD排液 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> PTCO排液 <input type="checkbox"/> 関節液 <input type="checkbox"/> ドレーン排液 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> カニキュール <input type="checkbox"/> 骨髄液 <input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 耳漏 <input type="checkbox"/> 非開放性膿 <input type="checkbox"/> 耳漏 右 <input type="checkbox"/> 乳汁 <input type="checkbox"/> 耳漏 左 <input type="checkbox"/> 心嚢液 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> 水疱内容物 <input type="checkbox"/> 眼脂 右 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 眼脂 左 <input type="checkbox"/> 爪 <input type="checkbox"/> 髪 <input type="checkbox"/> 毛髪 <input type="checkbox"/> 開放性膿 <input type="checkbox"/> その他

2 一般細菌・真菌	3 抗酸菌
<input type="checkbox"/> 塗抹鏡検 <input type="checkbox"/> 培養・同定 <input type="checkbox"/> 一般細菌 鏡検 <input type="checkbox"/> 真菌 鏡検 <input type="checkbox"/> 白黴菌 鏡検 <input type="checkbox"/> 目的菌 (培養同定を必ずチェック項目をお選び下さい) <input type="checkbox"/> 常在菌検査 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> 白黴菌 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 百日咳菌 <input type="checkbox"/> 淋菌 <input type="checkbox"/> ビブリオ <input type="checkbox"/> 志賀菌 <input type="checkbox"/> ジフテリア菌 <input type="checkbox"/> トリコモナス <input type="checkbox"/> コレ <input type="checkbox"/> ヘモフィルス <input type="checkbox"/> レジオネラ <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> 感受性 (培養同定のご依頼が必要です。) <input type="checkbox"/> 医師会セット	<input type="checkbox"/> 塗抹鏡検 (蛍光法) <input type="checkbox"/> 分離培養 <input type="checkbox"/> 核酸検出 (生検時のみは必ずお申し込み下さい) <input type="checkbox"/> 蛍光法 <input type="checkbox"/> 小川法 <input type="checkbox"/> 結核菌野検出/TRC法 <input type="checkbox"/> 同定 (培養と同定を必ずチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 薬剤感受性検査 <input type="checkbox"/> 非結核性抗酸菌 薬剤感受性検査

4 その他
<input type="checkbox"/> 川・ピロヘリ菌 <input type="checkbox"/> C-D毒素 <input type="checkbox"/> 便虫卵(遠送) <input type="checkbox"/> 便虫卵(検出) <input type="checkbox"/> A群β溶連菌迅速試験

1. 検査材料別検出菌一覧

材 料	日常検査で検出できる微生物	日常検査では検出が困難で目的菌の依頼が必要な微生物	検査材料以外からの汚染菌として考えられる微生物**
開放性の膿	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌 緑膿菌 α-γ-レンサ球菌 腸球菌 肺炎球菌	抗酸菌 真菌 放線菌	表皮ブドウ球菌 Micrococcus sp. 枯草菌 Corynebacterium sp.
非開放性の膿	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌 緑膿菌 α-γ-レンサ球菌 腸球菌 肺炎球菌	抗酸菌 真菌 嫌気性菌 放線菌	開放性の膿に準ずる
皮膚からの材料	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌 緑膿菌 α-γ-レンサ球菌 腸球菌	抗酸菌 放線菌 真菌	開放性の膿に準ずる
呼吸器からの材料	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌 緑膿菌 肺炎球菌 インフルエンザ菌 その他のHaemophilus sp. ブランハメラ	ジフテリア菌 百日咳菌 抗酸菌 レジオネラ菌 マイコプラズマ ノカルジア 真菌 クリプトコッカス	α-γ-レンサ球菌 非病原性ナイセリア 表皮ブドウ球菌 Corynebacterium sp. Micrococcus sp.
眼からの材料	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 肺炎球菌 Haemophilus sp. 緑膿菌 α-γ-レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌	真菌	表皮ブドウ球菌 Corynebacterium sp. Micrococcus sp. 真菌
耳からの材料	黄色ブドウ球菌 肺炎球菌 溶血レンサ球菌 インフルエンザ菌 緑膿菌 Proteus sp. α-γ-レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌	抗酸菌 真菌	表皮ブドウ球菌 Corynebacterium sp. 枯草菌 真菌
泌尿器、生殖器からの材料	黄色ブドウ球菌 溶血レンサ球菌 大腸菌 その他の腸内細菌 緑膿菌 肺炎球菌	淋菌 抗酸菌 真菌 トリコモナス ガードネラ	大腸菌 その他の腸内細菌 腸球菌 表皮ブドウ球菌
糞 便	サルモネラ (チフス、パラチフスを含む) 大腸菌O157 赤痢菌	病原大腸菌血清型 腸管出血性大腸菌 ビブリオ (コレラ菌を含む) カンピロバクター クロストリジウム・ディフィシル クロストリジウム・パーフリンゲンズ (ウエルシュ菌) エルシニア* セラウス菌* 黄色ブドウ球菌* エロモナス* プレジオモナス*	-

注1) 膿痂疹、体癣菌、汗疹等より検出される微生物については非開放性の膿に準ずる。  
 注2) 毛髪、爪、皮膚など、表在性真菌症の場合は Candida、Trichosporon、Trichophyton、Microsporum、Epidermophyton などが重要である。  
 \* 菌数が多い場合は目的菌の依頼がなくても検出できる微生物  
 \*\* 症例によっては和炎性を否定するものではありません。

2. 項目名とともに記されているマークについてのご説明

- ㊸: 真菌です。
- ㊹: 嫌気性菌です。  
嫌気性培養同定は、嫌気ポーター(T3)・改良アミーズ培地(T1)・嫌気用血液培養ボトル(T4-N)でご提出下さい。
- ㊺: 専用容器でご提出下さい。
- ㊻: 便培養容器でご提出下さい。
- \*1: 一般細菌鏡検は実施できません。
- \*2: カルチャーボトルで採取の場合は塗抹鏡検は実施できません。(専用容器一貫T4)
- \*3: 常在菌で薬剤感受性を希望される場合はこちらにチェックして下さい。
- \*4: 嫌気性培養同定は好気性培養同定と同様依頼をお願いします。**  
嫌気性培養同定では薬剤感受性は実施できません。

3. セット項目についてのご説明

- ① 院内セット  
ご希望の項目をセットにし、院内セットとして登録致します。  
詳細につきましては担当営業までお申し出下さい。
- ② 感受性 医師会セット  
総合検査案内「薬剤感受性検査標準測定薬剤及び医師会セット」を参照して下さい。
- ③ 感受性 酵母様真菌感受性セット  
AMPH, 5-FC, FCZ, MCZ, ITZ, MCFG, VRCZの7薬剤を実施致します。

抗酸菌検査フローチャート

疑陽-抗酸菌性抗酸菌染色の原則は、検査菌物の増殖が確認でき、疑陽結果を確認でき、可成り数の増殖-抗酸菌染色浄過などの抗酸菌検査を実施する。増殖が確認できず、増殖が確認できず、結果報告時のインフォームドコンセントは、MACC2検査を実施する。

