

検 査 依 頼 書

依 頼 者	住所	(〒)
	氏名	

(平成 年 月 日受付) 手渡し ・ 郵送 ・ 通送

受付 大阪府 保健所

検査項目	件数	検査目的
腸内細菌培養検査		赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
寄生虫 卵検査	セロファン法	蟯虫卵
	塗まつ法	
	集卵法	

検体受理者名			
手 数 料	前納	無料	
	領収日付印		

(対象区分：給食、食品、水道関係、その他)

No.	氏名	年齢	検査結果	No.	氏名	年齢	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

※同月内に同じ検査を2回以上依頼する場合、番号に○印をつけて下さい。

検査成績書(案)

(〒)

住所

連絡先TEL

氏名

あて

(平成 年 月 日受付)

大阪府

保健所長

検査項目		件数	検査目的
腸内細菌培養検査			赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
寄生虫卵検査	セロファン法		蟯虫卵
	塗まつ法		
	集卵法		

(対象区分：給食、食品、水道関係、その他)

No.	氏名	年令	検査結果	No.	氏名	年令	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

検査成績書

(〒)

住所

連絡先TEL

氏名

様

(平成 年 月 日受付)

大阪府

保健所長

検査項目	件数	検査目的
腸内細菌培養検査		赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
寄生虫卵検査	セロファン法	蟯虫卵
	塗まつ法	
	集卵法	

(対象区分：給食、食品、水道関係、その他)

No.	氏名	年令	検査結果	No.	氏名	年令	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			