

＜ 家畜細菌検査依頼書 ＞

検査依頼日	年	月	日	採材年月日	年	月	日
会社・組織名				結果連絡先 (Tel, E-mail など)			
担当者							
農場名 (県名)				(県)			
動物種		検体					
豚	日齢	仔豚	検体	糞便	検体	その他 検体	
牛		肺	検体	便スワブ	検体		
鶏		腸管	検体	鼻腔スワブ	検体		

エス・エム・シー株式会社
 神奈川県厚木市上古沢 1816
 TEL 046-248-7720
 (細菌検査室：内線 18 番)
 FAX 046-248-7721

＜ 検査目的 (必ず記入して下さい) ＞

＜ 検査目的 ＞	斃死原因究明 薬剤感受性調査 疾病浸潤モニタリング 定期検診 その他 ()						
屠体の症状	(呼吸器症状 下痢 神経症状 関節炎 その他)						
治療の有無	(無 有)						
検体詳細 (日齢, 症状, 発生状況 等)							

※検査員判断とする場合は必ず日齢、症状をご記入ください。

＜ 検査項目 ＞

希望採材部位	○を付けて下さい 実質臓器 (脳) (肺+心血+肺門リンパ節) (肝臓) (腎臓) (脾臓) (腸間膜リンパ節) その他 (皮膚) (関節) (その他) 腸管 (十二指腸) (空回腸) (盲腸) (結腸) 検査員判断 (病変、症状より判断)						
腸管 糞便・便スワブ (○を付けてください)		大腸菌					大腸菌毒素は希望しない
		クロストリジウム					
		サルモネラ増菌					
		豚赤痢					
		寄生虫卵・コクシウムオシスト (定性)			寄生虫卵・コクシウムオシスト (定量)		
PCR (御記入下さい)							
薬剤感受性	○を付けて下さい (希望する ・ 希望しない) 希望する場合 1. 検出された病原性菌全て 2. 1 菌に対して 1 試験 (複数の検体より同じ菌が検出された場合、1 試験のみ行う)						

※ 検体の取り扱い上必要ですので、該当するものに○をして下さい。(AD:陽性・陰性・不明, PRRS:陽性・陰性・不明)