

クール便
使用



becSCREEN 検査依頼書

検査依頼日	20 年 月 日	病院名	
病院 ID			
次回送付	<input type="checkbox"/> 検査依頼書 <input type="checkbox"/> 検体スワブ <input type="checkbox"/> クール宅急便伝票	担当者名	
<small>この検体は伝染性疾患を認めない動物より採取したことを証明します</small>			

飼い主名		動物名	
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ()		
品種		年齢	才 ヵ月
性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	採取日	20 年 月 日
採材部位	皮膚・耳道・口腔内・手術部位・生殖器・呼吸器・便・尿・乳汁・その他 ()		

診断名・症状：	
抗菌剤投与歴	
抗菌剤名：	投与回数 (SID,BID など)：
投与期間：	投与経路 (iv,im など)：
投与量 (mg/kg)：	

基本検査	<ul style="list-style-type: none">菌同定によりグラム陽性菌・陰性菌のどちらかが分離された場合、その一方を検査いたします。 <p style="text-align: center;">becSCREEN</p> <ul style="list-style-type: none">菌同定により緑膿菌が検出された場合、抗菌剤の組み合わせを検査いたします。 <p style="text-align: center;">becSCREEN PA</p>
追加検査 ※追加料金がかかります	<ul style="list-style-type: none">グラム陽性菌・陰性菌（緑膿菌以外）の両方を検出した場合、抗菌剤の組み合わせを検査いたします。 <p>追加検査を事前にお申込みの場合は□にチェックをしてください。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> becSCREEN の追加</p> <p>注意</p> <ul style="list-style-type: none">予めチェックをされていても検査過程で追加検査が不要の場合は実施せず、追加費用も発生いたしません。最初の検査依頼時に追加検査を選択されず、後日依頼された場合は、基本検査と同額となります。