

破傷風の実験室診断に関する検査依頼書

検査依頼日： 年 月 日

【検査項目および検査材料】 ご依頼の検査項目および搬送される検査材料に☑を入れて下さい。

検体名		
検査項目	<input type="checkbox"/> #1. 遺伝子検査 <input type="checkbox"/> #2. 破傷風菌の分離・同定	<input type="checkbox"/> #3. 破傷風毒素検査 <input type="checkbox"/> #4. 抗破傷風毒素抗体検査※
検査材料	<input type="checkbox"/> ①傷口のデブリドーマン実施洗浄液、切除した組織片、汚物(除去した異物)使用後のガーゼなど <input type="checkbox"/> ②瘡蓋 ※破傷風トキソイドおよび抗破傷風人免疫グロブリン投与前に採取してください。	<input type="checkbox"/> 血清 約 2mL
検査材料の採取日	年 月 日	年 月 日
保存方法	<input type="checkbox"/> 冷蔵	<input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 冷凍
備考		

【検査結果のご連絡先】

検査結果のご報告は次のうちご希望されるものに☑を入れて下さい。

文書(郵送) E-mail 電話

住所	
施設名	
氏名	
電話番号	
E-mail	

【お問い合わせ先】

〒861-5598 熊本県熊本市北区和泉町 325
 熊本保健科学大学
 生物毒素・抗毒素共同研究講座
 高橋元秀
 TEL: (096) 275-2160
 E-mail: takahashi@kumamoto-hsu.ac.jp