

検便を行う方へ

① 採便容器

こちらでお渡しする容器を使用してください。

小指1関節の半量（10円玉の重さほど）を爪楊枝、薬の付かない側のマッチ棒等で容器内に入れてください。

採便容器には、検査される方の氏名、会社・事業所名、便の採取日、服薬（抗生物質）の有無を記載してください。

② 検査受付

赤痢菌・腸チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌

○157等の検査は毎週月曜日～水曜日の受付となります。

ただし、祝祭日の有る週は事前にお問い合わせください。

受付時間は、午前8時45分～12時と午後1時～3時です。

③ 結果

異常のない場合は、検査日の2日後（2日後が祝祭日の場合は翌就業日）の午前10時以降に当細菌検査室で交付します。

成績書の交付は、午後5時30分までにお越しくください。

結果の郵送をご希望の方は、切手を貼った返信用封筒（長形3～4号）を検査依頼時にご持参ください。

④ 検査料金

検体提出時にお支払いいただきます。

1名様につき、検査項目毎に下記検査料金がかかります。

1. 赤痢菌・腸チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌検査	1件	700円
2. 腸管出血性大腸菌○157検査	1件	700円
3～4. その他の菌種で検査に係る追加1培地ごと	1件	700円
5. 寄生虫卵検査	1件	130円

⑤ 検査の予約

5名以上の場合は、事前に予約をしてください。

〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号
函館市総合保健センター3階

函館市衛生試験所 微生物担当
(細菌検査室)

TEL 0138-32-1543

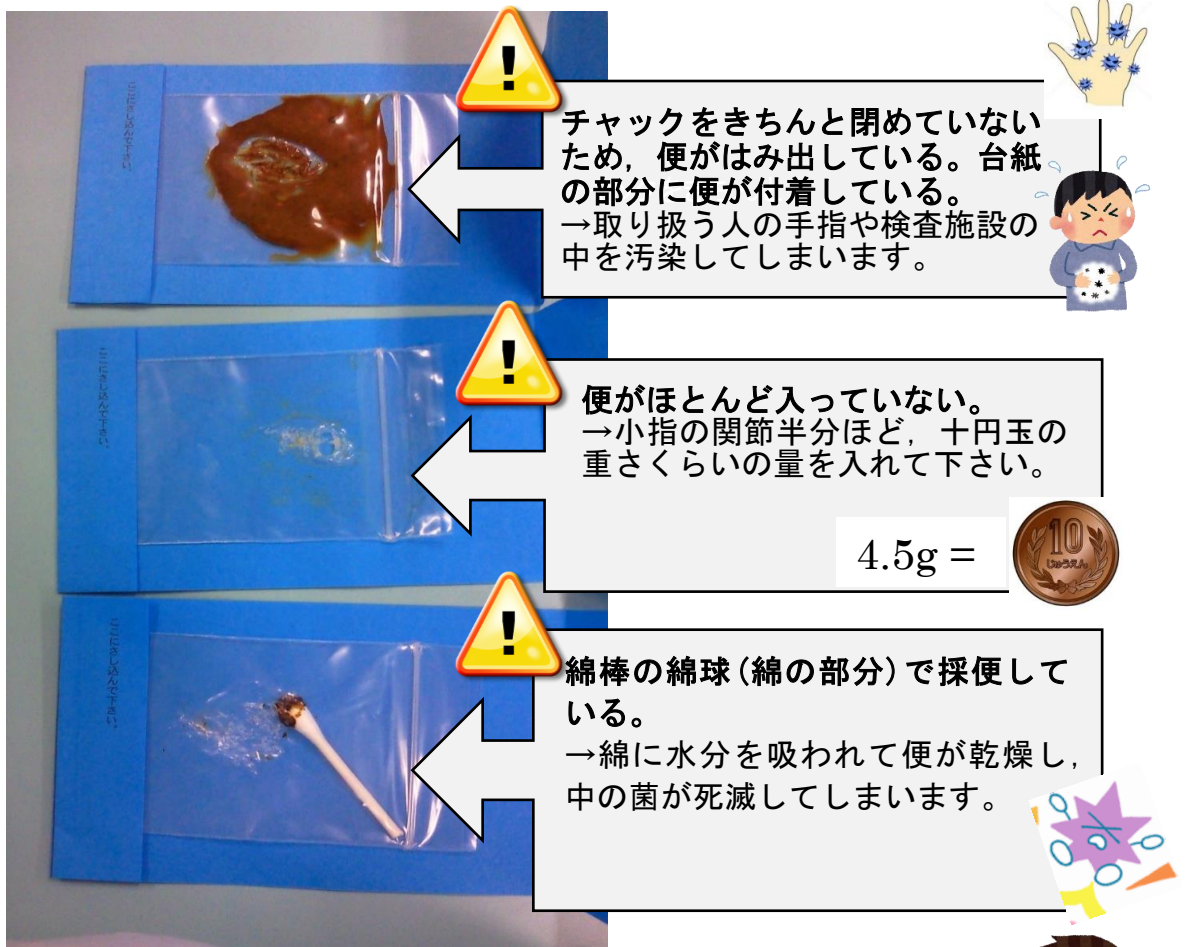
関係者様

【衛生試験所からのお願い】

最近、皆様から提出される検体(便)に、下記のとおり不適切なものが度々見受けられます。このような場合、便の取り直し(再提出)をお願いすることもありますので、ご注意下さい。

(再提出の受付も通常検査の受付曜日、受付時間内にお願いします)。

その場合、検査成績書の発行は最後の方の便を提出されてから2日後となりますので成績書の提出期限がある方は特段のご配慮をお願い申し上げます。皆様の御協力の程宜しくお願い致します。



The image shows three examples of incorrect stool sample collection in blue bags, each with a yellow warning triangle icon and an explanatory text box. The first example shows a bag with a large amount of stool and a white paper liner, with text explaining that the zipper is not closed properly and stool is leaking. The second example shows a bag with very little stool, with text explaining that the amount is insufficient and a 10-yen coin is shown as a reference weight. The third example shows a bag with a cotton swab, with text explaining that using a cotton swab causes the stool to dry out and bacteria to die.

チャックをきちんと閉めていないため、便がはみ出している。台紙の部分に便が付着している。
→取り扱う人の手指や検査施設の中を汚染してしまいます。

便がほとんど入っていない。
→小指の関節半分ほど、十円玉の重さくらいの量を入れて下さい。

綿棒の綿球(綿の部分)で採便している。
→綿に水分を吸われて便が乾燥し、中の菌が死滅してしまいます。

2日以内にお薬(抗生物質等)を飲んでいる方が検査される場合、事前にお知らせ下さい。

便は可能な限り、前日～当日採取したものをお持ち下さい。

提出まではできる限り冷暗所(10℃以下)に保存して下さい。

※体外に排出された腸内細菌はどんどん死滅してしまいます。

