

培養・同定依頼書

受付日 年 月 日
受付番号
施設名 住所 〒
担当医
電 話 メールアドレス @

基本情報

患者名 (姓) (名)
(カタカナ表記)
年齢 歳 ヶ月 体重 kg
種 犬 猫 兎 モルモット その他 ()

性別 オス・メス・去勢 オス・避妊 メス・不明

検体採取部位および採取物 採取日 年 月 日
(例：頭部の被毛と落屑)

培地個数 個 容器 個数
(培地・容器には、検体名などが分かるよう表記してください)

希望検査項目にチェックを記入してください

培地上の集落の判定(形態観察のみ)：遺伝子同定：被毛・痂皮からの分離培養と同定：

生検組織からの分離・遺伝子同定

薬剤感受性試験(1株4薬剤まで)

薬剤感受性試験(1株4薬剤＋ 薬剤)

動物の真菌症・皮膚病の診断・治療について相談(メールにて)

臨床所見、臨床診断、治療歴、その他の検査結果をご記入下さい。

検査内容、結果のお問い合わせ

〒192-0395東京都八王子市大塚359 帝京大学医真菌研究センター内

真菌症データベース有限責任事業組合 加納 暁 宛

E-mail: info@mycosis-database.com

コピーを取って、ご依頼者控としてください