

検査項目

5項目セット：赤痢・サルモネラ・チフス・パラチフス・腸管出血性大腸菌（O157・O26・O111）

<問い合わせ・申し込み先>

甲南女子大学保健センター
からだの支援室

平日 9:30~16:30

☎ 078-413-3127

検査申し込み手順

- ① 検便提出日を決めます。
・検査結果は提出から約1週間後に受け取りが可能なため、余裕を持って提出日を決めてください。
・提出時間は混雑回避のため、9:15~13:15の間、15分間隔で時間を予約します。
・提出先からの指示を確認してください（例：1ヶ月以内の結果が必要）。
- ② 提出希望日の前日までに保健センターで申込し、検査容器を受け取ってください。
・申込書を記入してから持参してください。※申込書は大学ホームページから印刷できます。
（本人用・保健センター提出用全てを記入し、600円分の証紙・領収書貼付）
- ③ 検査結果受け取り方法・日程を決めます。
保健センターで受け取る場合：来室時、本人確認のため学生証を提示してください。
郵送希望の場合：事前に特定記録郵便代の切手、またはレターパックライトを持参してください（申込時または検便提出時）。

検便採取～検便提出手順

- ① 提出日の**2日前の夜**から採便可能です（例：月曜日に提出の場合は、土曜日の夜から採便可能）。
※生理中でも検査可能です。
- ② 米粒1、2つ分の便を容器に入れ、名札シールを貼り、外袋に入れて封をしてください。
名札シールと外袋には**氏名（ひらがな）**、学籍番号、年齢、性別、**採便日**を油性ペンで記入してください。
- ③ 必ず冷暗所で保管してください。（保冷剤等で低温を保ってください）※ただし、**冷凍は厳禁！**
- ④ 提出希望日時に保健センターに来室し、提出してください。※保冷の状態を持参してください。
※陽性反応が出た場合のみ、2日以内に電話連絡をします。



注意事項

- ① 土日祝日・全学休業期間、気象警報・臨時休校等で**登学禁止**の場合は、**検便の提出・検査結果の受け取りができません**。
- ② 代理人による提出を希望する場合は申込時に申し出てください。
- ③ **完全予約制のため、日程変更やキャンセル、遅刻の場合は必ず事前にご連絡ください**。来室は時間厳守でお願いします。
- ④ キャンセルの場合は、検便提出前且つこの【本人控】があれば返金が可能です。
- ⑤ 採便後容器を温かい場所で保管すると雑菌が繁殖したり、乾燥して検査が出来なくなる可能性があります。

学籍番号 _____

氏名 _____

提出希望日： ____月 ____日（ ）

指定時間： ____時 ____分

日時
日時は申込時に
相談して決定します

<結果受取方法>

- 保健センターで受け取る
来室日： ____月 ____日（ ）
指定時間： ____時 ____分
- 郵送で受け取る
切手持参 244円(日にちに余裕がある場合)
 504円(速達)
- レターパックライト持参(370円)

----- 切り取らずに提出!! -----

腸内細菌検査申込書 【保健センター提出用】

申込日： 20 ____年 ____月 ____日

学科 _____

学籍番号 _____

ふりがな _____

氏名 _____

年齢 ____ 歳

提出希望日： ____月 ____日（ ）

指定時間： ____時 ____分

<結果受取方法>

- 保健センターで受け取る
来室日： ____月 ____日（ ）
指定時間： ____時 ____分
- 郵送で受け取る
切手持参 244円(日にちに余裕がある場合)
 504円(速達)
- レターパックライト持参(370円)

代理人による提出を希望

代理人氏名： _____ (続柄： _____)



<使用目的>

- 実習開始日： ____月 ____日
- その他： (_____)

保健センター記入用

採便日

____月 ____日

- カルテ入力
- Excel入力
- 支払経理報告月(____月)