

# 腸内細菌検査（検便）説明書及び申込書 【本人控】

2023.7.19 改訂版

＜問い合わせ・申し込み先＞

甲南女子大学保健センター  
からの支援室  
平日 9:30～16:30  
**☎ 078-413-3127**

## 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）

## 検査申し込み手順

- ① 検便提出日を決めます。
  - ・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）。
  - ・検査結果は検便提出から1週間後の14時以降の受け取りとなります（祝日あれば+1日）。余裕を持った提出日を決めてください。
  - ・提出時間は平日9:15～13:15ですが、混雑回避のため、15分間隔の予約制とします。
- ② 提出希望日の前日までに保健センターで申し込み、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（ライトプラス）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、3、4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。  
必ず、保健センターに電話してください。
- 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）  
 レターパック持参（ライト 370円、プラス 520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 \_\_\_\_\_

提出予定日の年齢 \_\_\_\_ 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）  
 レターパック持参（ライト 370円、プラス 520円）

代理人による提出を希望

代理人氏名： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_

### ＜使用目的と指示＞

- 実習のため：実習開始日： \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
実習先からの指示： \_\_\_\_日以内の検便  
 1か月以内の検便  
 いつでもよい
- その他：（ \_\_\_\_\_ ）

保健センター記入用	申込時	提出時
採便日 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> カル入力 <input type="checkbox"/> Excel入力	<input type="checkbox"/> カル入力 <input type="checkbox"/> Excel入力

ここに

**証紙**

を貼る

\*4号館の自販機で  
600円分の  
証紙を購入する