検査依頼書【 魚検査 】

太枠内について，ご記入および該当する ☐ にチェック☑をお願い致します。

送付日	2025 年 4 月 1 日 火 曜日	受付No.	
検体名	魚 検体数（ 5 ）検体	受付日	/ /
		報告予定日	/ / 頃
		SKKコンサル担当:	

依頼者名

正式名称をご記載ください。
名称: ABC養殖場 ご担当: 食環研太郎

県名は必ずご記載ください。
住所: 〒123-456 ○○県△△市□□町7-8-9
TEL: 01-234-5678 FAX: 01-234-5679 email: abcde@fghi.com

受付完了の連絡を
☑ 希望する
☐ 希望しない
連絡方法
☐ FAX
☑ メール

ご報告先

☑ 依頼者と同じ場合は記載不要

正式名称をご記載ください。
名称: ご担当:

県名は必ずご記載ください。
住所:
TEL: FAX: email:

受領印

ご希望の報告方法

依頼者： ☐ 郵送 ☐ FAX ☑ メール

請求先

☑ 依頼者 ☐ 農場 ☐ その他の場合、下欄にご記載ください。
名称: ご担当: TEL FAX:
住所: email:

【検体情報】 太枠内について，必ずご記入および該当する ☐ にチェック☑してください。

検査目的

☑ 感染確認（症状： 遊泳異常（旋回、緩慢）、斃死増加、尾部に潰瘍 ）
☐ モニタリング ☐ 製品確認
☐ その他（ ）

【ご依頼内容】

血液検査

検体名	数量	検査項目（項目ごとの頭数をご記入ください。）										

病性鑑定

検体名	数量	検査項目
カンパチ	5	☑ 解剖及び所見確認 ☑ 細菌検査:☐ 原因菌の究明 ☑ 特定菌の分離[☑ レンサ球菌症 ☐ 類結節症 ☐ ノカルジア症 ☐ 滑走細菌症 ☐ エドワジエラ症 ☐ ビブリオ症] ☐ 薬剤感受性試験（複数検体で同一の菌が分離された場合☐ プールして実施 ☐ 個別で実施） ☐ ウイルス検査:[☐ マダイイリドウイルス（RSIV）☐ ウイルス性出血性敗血症（VHS）☐ ウイルス性神経壊死症（VNN）☐ コイヘルペスウイルス（KHV）] ☐ 寄生虫検査: ☐ クドア・セプテンプンクタータ（粘液胞子虫） ☐ エビ検査: ☐ ホワイトスポット病（WSSV）
		☐ 解剖及び所見確認 ☐ 細菌検査:☐ 原因菌の究明 ☐ 特定菌の分離[☐ レンサ球菌症 ☐ 類結節症 ☐ ノカルジア症 ☐ 滑走細菌症 ☐ エドワジエラ症 ☐ ビブリオ症] ☐ 薬剤感受性試験（複数検体で同一の菌が分離された場合☐ プールして実施 ☐ 個別で実施） ☐ ウイルス検査:[☐ マダイイリドウイルス（RSIV）☐ ウイルス性出血性敗血症（VHS）☐ ウイルス性神経壊死症（VNN）☐ コイヘルペスウイルス（KHV）] ☐ 寄生虫検査: ☐ クドア・セプテンプンクタータ（粘液胞子虫） ☐ エビ検査: ☐ ホワイトスポット病（WSSV）

【連絡事項】

※検査および試験サービスをご利用のお客様は検査・試験委受託契約にご同意をお願い致します。ご依頼を以て、検査・試験委受託契約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。
※検査材料及び検査で得られた情報/物などは全て弊社に帰属します。

以下の注意事項をご了解の上、ご依頼くださいますようお願いいたします。
・血清の保管は、1検体あたり 1.8mLまで とさせていただきます。
・血清量不足の場合は、ご依頼検査項目を実施できないことがございます。
・腐敗した臓器では検査ができない、または十分な結果が得られない場合がございます。あらかじめご了承ください。
・ご依頼内容に不明点があった場合、確認のため、ご連絡をさせていただく場合がございます。確認が取れない場合、検体到着から4日目以降は検体保管料（500円/検体/日）が発生いたしますので、あらかじめご了承ください。