

検査依頼書 ①
(医療機関保存用)

細菌検査

レカルブリオ特定使用成績調査

医療機関名	医療機関コード	診療科	調査依頼者名	依頼者コード	D-No.	P-No.
殿		治験 356	MSD株式会社	5529801	01	01

菌株番号	RCB20		検体本数	01	項目数	01
採取日	20 年 月 日		コード	08031	検体材料・保存	細菌・凍結・回・1
性別	男・女	年齢	略称	本数	搬送温度	細菌 本 凍結
採取材料			一覧よりコードをご記入			
菌種名						
感染症名			□不明			
採取前1年間の渡航歴	□有 □無		□不明			
同意取得の有無	□有(又は拒否なし) □無		※無の場合は検査対象外です			

※該当するもの1箇所には○を付けてください

抗菌薬治療 (採取日時点)	1. イミペネム/シラスタチン/レバクタム有	2. 他カルバペネム系薬剤有	3. タゾバクタム/セフトロザン有
	4. その他(1~3以外)抗菌薬有	5. 複数剤使用	6. 不明
			7. 無

(○) 9911 MIC測定

マイクロバンクへ菌株番号を記入してください

保護容器に入れ凍結保存

保護容器ラベルには、菌株番号、採取日、性別に○、年齢をご記入ください

菌株
凍結
1本
チェック

材料コード	採取材料	材料コード	採取材料	材料コード	採取材料
004	便	149	気管支洗浄液	051	その他 膿
005	髄液	155	カテーテル尿	151	呼吸器その他
007	胆汁	166	開放性膿	153	消化器その他
009	胸水	167	非開放性膿	159	泌尿器その他
013	膈分泌物	168	褥創	330	尿その他
016	喀痰	169	眼脂	937	泌尿生殖器 その他
034	動脈血	305	鼻腔	938	血液穿刺液 その他
035	静脈血	308	自然尿	その他	上記以外フリー記入欄
042	腹水	948	咽頭ぬぐい液		
044	耳漏				

菌種コード	菌種名	菌種コード	菌種名	菌種コード	菌種名
01001	<i>Escherichia coli</i>	01004	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	01008	<i>Acinetobacter spp.</i>
01002	<i>Citrobacter spp.</i>	01005	<i>Enterobacter spp.</i>		
01003	<i>Klebsiella spp.</i> (<i>Klebsiella pneumoniae</i> 以外)	01006	<i>Serratia marcescens</i>		
		01007	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		

回収連絡先 株式会社ビー・エム・エル 治験管理課
FAX:03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※原則2022年11月~2023年10月の間で、回収希望日の3営業日(土、日曜、祝日除く)前の17:00までに回収依頼専用FAX用紙でご連絡ください。

調査の内容についてのお問合せは、BML治験管理課03-5305-1190迄

日付 20 / / 20 / /

医療機関提出者 署名

所属

検体回収者

BML
使用欄

青枠のみBML
書込可能です。
記入不備や
検体異常、施設
から指示等が
あった場合は、

BML記入者

※赤線枠内は必ずボールペンで強くご記入ください。