

令和6(2024)年度 腸内細菌検査について(集団)

1 検査項目

赤痢菌・腸チフス菌・パラチフス菌・サルモネラ菌・腸管出血性大腸菌 (0157, 026, 0111)

2 提出先

県西健康福祉センター1階 (鹿沼市今宮町 1664-1)

又は今市健康福祉センター1階 (日光市瀬川 51-8)

3 受付時間

日程は裏面参照。9:00~11:00

4 料金 (※6月に予定されている診療報酬改定により、変更となる可能性あり。)

対象者		料金	腸管出血性大腸菌 追加加算
給食従事者 入所者 在学者 在園者	以下の施設、学校の長の依頼がある場合 ・児童福祉施設 (児童福祉法) ・保護施設 (生活保護法) ・老人福祉施設 (老人福祉法) ・障害者支援施設 地域活動支援センター 福祉ホーム (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律) ・学校 (大学及び高等専門学校を除く) 学校給食共同調理施設 (学校教育法)	1,870円	920円
水道従事者	以下の定期又は臨時の健康診断の場合 ・水道法 ・栃木県小規模水道条例施行規則	1,870円	920円
上記以外	一般	2,990円	1,480円

* 消費税率の変更に伴い料金は変更になることがあります。

* 同じ月に2回以上受検する場合、2回目以降の手数料単価は、給食従事者、入所者、在学者、在園者及び水道従事者は1,040円、それ以外の方は1,670円となります。

* 項目数に関わらず料金は一律です。腸管出血性大腸菌が検出された場合、追加料金が発生することがあります。

* 支払いは現金払い又は納入通知書による銀行振込です。現金払いの方は県西健康福祉センターに提出してください。

5 必要書類

検体(便)とともに、依頼書1部、名簿2部(複写)を提出してください。

6 検査の流れ

☆県西健康福祉センターに提出する場合

(現金払い、もしくは銀行振込)

- 事前に県西健康福祉センター1階で必要書類及び容器をお受取ください。
- 検査受付日に必要書類及び検体を提出し、料金をお支払いください。
- 結果通知(原則、受付日の一週間後)

* 結果は窓口受け取り、または郵送が選べます。

* 銀行振込の方は、納入通知書を結果に同封します。

☆今市健康福祉センターへ提出する場合

(銀行振込のみ)

- 事前に今市健康福祉センター1階で必要書類及び容器をお受取ください。
- 検査受付日に必要書類及び検体を提出してください。
- 結果通知(原則、受付日の一週間後)

* 結果通知は郵送のみになります。

* 納入通知書を結果に同封します。

令和6(2024)年度 集団腸内細菌検査日程表

受付時間 9:00～11:00

月	受付日
4月	16日(火)
5月	14日(火)
6月	11日(火)
7月	9日(火)
8月	20日(火)
9月	17日(火)
10月	8日(火)
11月	12日(火)
12月	10日(火)
1月	14日(火)
2月	18日(火)
3月	11日(火)

お問い合わせ先

栃木県県西保健所（栃木県県西健康福祉センター）
健康対策課感染症予防
Tel 0289-62-6225 Fax 0289-64-3059