

令和6（2024）年度腸内細菌検査（個人）実施要領

1. 目的 依頼に応じた検査を実施し、感染症のまん延を未然に防止する
2. 実施機関 栃木県県北保健所（県北健康福祉センター）
3. 実施項目 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
4. 受付方法
 - (1) 受付日時：毎週月曜日及び火曜日 9:00～11:30
※ただし、祝日及び4/30、12/30、12/31、2/10、3/17、3/18、3/31を除く。
 - (2) 提出先：栃木県県北健康福祉センター（那須庁舎1階）
 - (3) 提出方法：検査物依頼書、検体（便）を提出する。
 - (4) 料金支払い：窓口にて現金支払い

5. 検査料金（手数料）と料金区分

区分	手数料単価
一般	2,990 円

※依頼する項目数に関わらず、料金は一定とする。

※腸管出血性大腸菌が疑われ、大腸菌血清型別検査及び大腸菌ベロトキシン定性検査を実施した場合は、追加料金がかかることがある（1,480 円）。

※同じ月に2回以上受検する場合、2回目以降の手数料は1,040 円となる。

6. その他

- (1) 採便方法：検体は便とし、原則当日採取する。採便管のキャップの先端を用い、小指の頭程度の便を採取し、そのまま採便管に入れる。採便管に氏名を記載したラベルを貼付する。
- (2) 検査物依頼書は、必ず依頼者、被検者、目的方法欄を記入する。1つの依頼書で複数名の検査を依頼する場合は、裏面の被検者内訳を記入する。
- (3) 検査結果は、原則受付から1週間後以降に窓口来所により書面にて通知する。