

保菌検査依頼書

Musashi
Biomedical
Laboratory

※太枠内をご記入下さい

| | | | | |
|------------|------|-------|---|---|
| 発送日： 年 月 日 | 受付番号 | 受付日 | / | / |
| 依頼者(成績書宛名) | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 部署： | | ご担当者： | | |
| TEL： | | FAX： | | |

ご依頼項目 ※ご依頼の検査項目に「○印と提出者数」をご記入下さい。

| ○印 記入欄 | 検査内容 | 提出者数 |
|-----------|--|------|
| | 赤痢菌・サルモネラ属菌(腸チフス・パラチフス)・腸管出血性大腸菌 | |
| | 赤痢菌・サルモネラ属菌(腸チフス・パラチフス)・腸管出血性大腸菌・腸炎ビブリオ | |
| | 赤痢菌・サルモネラ属菌(腸チフス・パラチフス)・腸管出血性大腸菌・黄色ブドウ球菌 | |
| | その他、追加項目等： | |

<連絡事項>

- 【注意事項】
- ・受付後は依頼内容の変更はできませんので、ご確認の上ご提出下さい。
 - ・この検査依頼書と合わせて、必ず別紙の「保菌検査名簿」と「検体(検便)」もご提出ください。
 - ・検査容器は、弊社専用容器をご使用ください。
 - ・検査項目によっては、検査終了に多少時間がかかる場合がございますので、ご了承ください。

| | | | | | |
|-------|--|---------|--|-------|--|
| 受付担当者 | | 検査終了予定日 | | 発送年月日 | |
|-------|--|---------|--|-------|--|

【ご依頼・送付先】

〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659



埼玉県登録衛生検査所
株式会社 武蔵臨床検査所
F・S(Foods Safety service)サービス

検査容器依頼書

Musashi
Biomedical
Laboratory

※ 太枠内をご記入の上、FAXにてお送り下さい。

FAX No. 04-2964-6659

【ご依頼者さま】

ご依頼日： 年 月 日

| | | | |
|------|---------|--|--|
| 貴社名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 部署： | ご依頼者さま： | | |
| TEL： | FAX： | | |

【お届け先】 上記以外の納品先の場合、以下にご記入下さい

| | | | |
|------|---------|--|--|
| 施設名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 部署： | ご担当者さま： | | |
| TEL： | FAX： | | |

【ご依頼容器】 ※「ご依頼数」をご記入下さい。

| 容器一覧 | | 単位 | ご依頼数 | 備考 |
|------|---------------|-------|------|----|
| A | 保菌検査(保存液入り容器) | 1 個 | | |
| B | 保菌検査(保存液無し容器) | 1 個 | | |
| C | 保菌検査用袋 | 10 袋 | | |
| D | 食品微生物検査(滅菌袋) | 1 袋 | | |
| E | 拭き取り検査 | 1 本 | | |
| F | 飲料水検査 | 1 セット | | |
| G | プール水検査 | 1 セット | | |
| H | トリハロメタン検査 | 1 セット | | |
| I | 浴槽水検査 | 1 セット | | |
| J | レジオネラ菌検査 | 1 セット | | |
| K | その他 | | | |

| |
|---|
| <連絡事項> ご希望納品日： 月 日 (AM ・ PM) |
|---|

【ご依頼・送付先】

〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659



埼玉県登録衛生検査所
株式会社 武蔵臨床検査所
F・S(Foods Safety service)サービス

保 菌 検 査 名 簿

〒 _____ 受 付 年 月 日

住所： _____ 報 告 年 月 日

施設名： _____ 名簿枚数： _____ / _____

TEL： _____ 担当者氏名： _____

| No | 氏 名 | 成 績 |
|----|-----|-----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |

| No | 氏 名 | 成 績 |
|----|-----|-----|
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |
| 31 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |
| 36 | | |
| 37 | | |
| 38 | | |
| 39 | | |
| 40 | | |
| 41 | | |
| 42 | | |
| 43 | | |
| 44 | | |
| 45 | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |
| 49 | | |
| 50 | | |

201709

<備考>



埼玉県登録衛生検査所

株式会社 武蔵臨床検査所

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL04-2964-2621 FAX04-2964-6659

食 品 検 査 依 頼 書

Musashi
Biomedical
Laboratory

(株)武蔵臨床検査所 F・Sサービス 行

| | | | |
|------------------|-------------|-----------------|--------------------|
| 発送日: 年 月 日 | ※太枠内をご記入下さい | 受付番号 _____ | 受付日 ____/____/____ |
| 依頼者(成績書宛名) _____ | | | |
| 所在地 _____ | | | |
| ご担当者 _____ | | 成績書 : 郵 送 ・ 来 所 | |
| TEL : _____ | | FAX : _____ | |

依 頼 内 容

| No. | 試験品(検体)の名称 | 検 査 内 容 | 提出数 | 備考(保存条件など) |
|-----|------------|---|-----|------------|
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 保存検査 <input type="checkbox"/> 理化学検査 <input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 残留農薬 <input type="checkbox"/> 抗菌性物質 <input type="checkbox"/> 栄養成分分析 <input type="checkbox"/> その他 | | |

<連絡事項>

- <注意事項>**
- ・受付終了後は原則として依頼内容の変更はできませんので、よくお確かめの上ご記入ください。
 - ・この検査依頼書には、必ず「検査項目依頼書」が別に付きますので、合わせてご記入ください。
 - ・検査成績書の再発行は1年以内に限ります。また、再発行は有償となりますのでご了承ください。
 - ・検査項目によっては、検査終了に多少時間がかかる場合がございますので、ご了承ください。

| | | |
|-------------|---------------|-------------|
| 受付担当者 _____ | 検査終了予定日 _____ | 発送年月日 _____ |
|-------------|---------------|-------------|

| | |
|--|---|
| 【ご依頼・送付先】 〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8 TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659 | 埼玉県登録衛生検査所 株式会社 武蔵臨床検査所 F・S(Foods Safety service)サービス |
|--|---|

検査項目依頼書A

受付番号

受付日 / /

| 細菌学的検査 | 件数 |
|------------|----|
| ①汚染指標菌検査 | |
| 一般細菌数 | |
| 大腸菌群数 | |
| 大腸菌数 | |
| 腸球菌 | |
| 緑膿菌 | |
| 耐熱性芽胞菌数 | |
| クロストリジア | |
| 無菌試験(恒温試験) | |
| 無菌試験(細菌試験) | |

| ②病原微生物検査 | |
|----------------|--|
| 黄色ブドウ球菌 | |
| サルモネラ属菌 | |
| 腸炎ビブリオ | |
| セレウス菌 | |
| ウェルシュ菌 | |
| カンピロバクター・ジェジュニ | |
| リステリアモノサイトゲネス | |
| 腸管出血性大腸菌O157 | |

| ③乳酸菌 | |
|------|--|
| 乳酸菌数 | |

| ④真菌類 | |
|------|--|
| 真菌 | |
| カビ | |
| 酵母数 | |

| 汚染物質・変質物 | 件数 |
|--------------|----|
| 酸価(AV) | |
| 過酸化物質価(POV) | |
| 揮発性塩基窒素(VBN) | |
| エタノール | |
| メタノール | |
| シアン化合物 | |
| 重金属(Pb)として | |
| 鉛 | |
| カドミウム | |
| ヒ素 | |
| スズ | |
| クロム | |
| アルミニウム | |
| 残留塩素 | |
| 残留界面活性剤 | |
| ヒスタミン | |
| トリメチルアミン | |
| K値 | |

| 汚染物質・変質物 | 件数 |
|----------|----|
| 滴定酸度 | |
| pH値 | |
| 水分活性 | |
| 糖度(Brix) | |
| ホルムアルデヒド | |
| 硝酸性窒素 | |
| 酢酸ブチル | |
| モリブデン | |
| EDTA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 異物・官能検査 | 件数 |
|---------|----|
| 異物鑑別検査 | |
| 虫体鑑別 | |
| カタラーゼ試験 | |
| 官能検査 | |

| 食器等の洗浄度の検査 | 件数 |
|------------|----|
| デンブレン性残留物 | |
| タンパク性残留物 | |
| 脂肪性残留物 | |
| 残留界面活性剤 | |

| 医薬品の検査 | 件数 |
|-------------|----|
| A 残留抗生物質 | |
| 簡易検査法 | |
| 分別推定法 | |
| オキシテトラサイクリン | |
| テトラサイクリン | |
| クロルテトラサイクリン | |
| ストレプトマイシン | |
| クロラムフェニコール | |
| スピラマイシン | |
| ベンジルペニシリン | |
| B 合成抗菌剤 | |
| 合成抗菌剤一斉分析 | |
| サルファ剤一斉分析 | |
| 上記1項目 | |
| エンロフロキサシン | |
| | |
| | |
| | |

| 添加物 | | 件数 |
|------------------|--------------------|----|
| 保存料 | ソルビン酸 | |
| | 安息香酸 | |
| | デヒドロ酢酸 | |
| | パラオキシ安息香酸エステル類 | |
| | プロピオン酸 | |
| 発色剤 | 亜硝酸根 | |
| | 硝酸根 | |
| 漂白剤 | 亜硫酸塩類(二酸化イオウ) | |
| | 亜塩素酸ナトリウム | |
| 着色料 | タール色素(定性) | |
| | クチナシ色素 | |
| | 食用赤色2号(アマランス) | |
| | 食用赤色3号(エリスロシン) | |
| | 食用赤色102号(ニューコクシン) | |
| | 食用赤色104号(プロキシン) | |
| | 食用赤色105号(ローズベンガル) | |
| | 食用赤色106号(アシッドレッド) | |
| | 食用赤色40号 | |
| | 食用黄色4号(タートラジン) | |
| | 食用黄色5号(サンセットイエロー) | |
| | 食用緑色3号(ファーストグリーン) | |
| | 食用青色1号(ブリリアントグリーン) | |
| 食用青色2号(インジゴカルミン) | | |
| 甘味料 | サッカリン | |
| | アスパルテーム | |
| | サイクラミン酸 | |
| | ソルビトール | |
| 酸化防止剤 | キシリトール | |
| | BHA・BHT | |
| | エリソルビン酸 | |
| | TBHQ | |

| アレルギー物質 | | 件数 |
|---------|-----|----|
| 定性 | 卵 | |
| | 乳 | |
| | 小麦 | |
| | そば | |
| | 落花生 | |
| | えび | |
| | かに | |

| ノロウイルス検査 | 件数 |
|--------------|----|
| ノロウイルス(PCR法) | |

検査項目依頼書B

受付番号

受付日

| 栄養成分 | | 件数 |
|-----------------|----------------------|----|
| エネルギー | ○△□ | |
| 水分(固形分) | ○△□ | |
| 粗タンパク質 | ○△□ | |
| 粗脂肪 | ○△□ | |
| 灰分 | ○△□ | |
| 炭水化物 | ○△□ | |
| 糖質 | △□ | |
| 食物繊維(総量) | □ | |
| 水溶性食物繊維 | | |
| 不溶性食物繊維 | | |
| 粗繊維 | △ | |
| 上記 セット 内容 | ○印一括 △印一括 □印一括 | |
| 無機質 | ナトリウム | |
| | 塩分 | |
| | カルシウム | |
| | カリウム | |
| | 鉄 | |
| | リン | |
| | マグネシウム | |
| | 亜鉛 | |
| | 銅 | |
| | セレン | |
| ニッケル | | |
| ビタミン | ビタミンB1 | |
| | ビタミンB2 | |
| | ビタミンB6 | |
| | ビタミンB12 | |
| | ニコチン酸 | |
| | ビタミンC | |
| | パントテン酸 | |
| | 葉酸 | |
| | ビオチン | |
| | レチノール当量 | |
| | レチノール | |
| | β-カロテン | |
| | ビタミンD | |
| | ビタミンE | |
| ビタミンK | | |
| 糖質 | 6種同時分析(※印) | |
| | グルコース ※ | |
| | スクロース ※ | |
| | ラクトース ※ | |
| | フルクトース ※ | |
| | ガラクトース ※ | |
| | マルトース ※ | |
| | キシロース | |
| | マンノース | |
| | マンニトール | |
| | イノシトール | |
| | メリビオース | |
| | ラフィノース | |

| 有機酸 | 件数 |
|------------|----|
| 9種同時分析(※印) | |
| クエン酸 ※ | |
| 乳酸 ※ | |
| 酢酸 ※ | |
| 酒石酸 ※ | |
| リンゴ酸 ※ | |
| コハク酸 ※ | |
| マレイン酸 ※ | |
| ピルビン酸 ※ | |
| アジピン酸 ※ | |
| シュウ酸 | |
| ギ酸 | |

| 脂肪酸 | 件数 |
|----------------------|----|
| 脂肪酸組成(総脂肪酸) | |
| 脂肪酸成分(可食部) | |
| 飽和脂肪酸及び不飽和脂肪酸(一価、多価) | |
| 酪酸 | |
| ヘキサン酸 | |
| ヘプタン酸 | |
| オクタン酸 | |
| デセン酸 | |
| ラウリン酸 | |
| トリデカン酸 | |
| ミリスチン酸 | |
| ミリストレイン酸 | |
| ペンタデカン酸 | |
| パルミチン酸 | |
| パルミトレイン酸 | |
| ヘキサデカトリエン酸 | |
| ヘプタデカン酸 | |
| ヘプタデセン酸 | |
| ステアリン酸 | |
| オレイン酸 | |
| リノール酸 | |
| α-リノレン酸 | |
| γ-リノレン酸 | |
| オクタデカテトラエン酸 | |
| アラキジン酸 | |
| イコセン酸 | |
| イコサジエン酸 | |
| イコサトリエン酸 | |
| アラキドン酸 | |
| イコサペンタエン酸(EPA) | |
| ベヘン酸 | |
| ドコセン酸 | |
| ドコサペンタエン酸 | |
| ドコサヘキサエン酸(DHA) | |
| リグノセリン酸 | |
| テトラコセン酸 | |

| アミノ酸 | 件数 |
|----------------|----|
| タンパク質構成アミノ酸17種 | |
| 遊離アミノ酸17種 | |
| 必須アミノ酸セット | |
| アスパラギン酸 | |
| グルタミン酸 | |
| セリン | |
| スレオニン | |
| グリシン | |
| アラニン | |
| アルギニン | |
| プロリン | |
| バリン | |
| メチオニン | |
| イソロイシン | |
| ロイシン | |
| フェニルアラニン | |
| シスチン | |
| リジン | |
| ヒスチジン | |
| チロシン | |
| トリプトファン | |

| 残留農薬 | 件数 |
|-----------------|----|
| 野菜対象200項目 | |
| 果物対象200項目 | |
| 穀物対象200項目 | |
| 米対象200項目 | |
| 豆類対象200項目 | |
| 茶対象200項目 | |
| 梅対象200項目 | |
| 作物全般250項目 | |
| 作物全般350項目 | |
| 検疫輸入食品200項目 | |
| 有機塩素系一斉分析20項目 | |
| 有機リン系一斉分析28項目 | |
| ピレスロイド系一斉分析11項目 | |
| カーバメート系一斉分析8項目 | |
| 窒素系一斉分析A 17項目 | |
| 窒素系一斉分析B 18項目 | |

| その他 | 件数 |
|-----------|----|
| ルチン | |
| イソフラボン | |
| カテキン | |
| カフェイン | |
| ポリフェノール | |
| ヨウ素 | |
| クロロフィル | |
| タウリン | |
| クルクミン | |
| アクリルアミド | |
| α-リポ酸 | |
| コエンザイムQ10 | |

消費(賞味)期限検査依頼書

Musashi
Biomedical
Laboratory

※太枠内をご記入下さい

受付番号

受付日

| | | |
|-----|-----|------|
| 御社名 | 部署名 | ご担当者 |
|-----|-----|------|

| | |
|--------------|--|
| 検体名 | |
| 保管温度 | <input type="checkbox"/> 常温(室温) <input type="checkbox"/> -20℃ <input type="checkbox"/> 5℃ <input type="checkbox"/> 8℃ <input type="checkbox"/> 10℃ <input type="checkbox"/> 25℃ <input type="checkbox"/> 30℃ <input type="checkbox"/> 35℃ <input type="checkbox"/> その他()℃(その他の場合はご連絡ください。) |
| 保管日数の表示と保管条件 | <input type="checkbox"/> 製造日(年 月 日)からの日数を保管日数(検査する日)にする。 <input type="checkbox"/> 弊社に到着してからの日数を保管日数(検査する日)にする。 |

| 検査回数 | 保管日数(時間) | 検査項目 | | | | | | | | | |
|------|------------|-----------------------------|-------|-------|------|---------|--------|---------|------------------|---------|-----|
| | | 基本セット ・大腸菌群数 ・黄色ブドウ球菌 | 一般生菌数 | 大腸菌群数 | 大腸菌数 | 黄色ブドウ球菌 | 腸炎ビブリオ | サルモネラ属菌 | O157 腸管出血性大腸菌 | 真菌(カビ類) | その他 |
| 1 | 初発(到着日に検査) | | | | | | | | | | |
| 2 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 3 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 4 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 5 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 6 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 7 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 8 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 9 | 日間保管 | | | | | | | | | | |
| 10 | 日間保管 | | | | | | | | | | |


| | | | |
|--------|-------------------------------|----------|--|
| 報告書FAX | <input type="checkbox"/> 希望する | 報告書の発行形式 | <input type="checkbox"/> 全日数一括 <input type="checkbox"/> 各日数別 |
|--------|-------------------------------|----------|--|

<連絡事項>

| | |
|-------------------------------------|---|
| 検体の送付方法 (FAXでご依頼の場合のみ 記入ください) | <input type="checkbox"/> 御社様(お客様)手配(月 日発送) <input type="checkbox"/> 弊社手配(回収の詳細はTELさせていただきます。) ご担当者様: _____ 様 |
|-------------------------------------|---|

〈注意事項〉

- ・検体の発送時に、この依頼書を同梱してください。
- ・希望する消費(賞味)期限に 1.25を乗じた日数を検査(保管)期間にしてください。
- ・1回(1日)の検査に必要な検体量は 50gです。(乾燥食品、高級品はご相談ください)
- ・開封すると急激に劣化が進むもの(真空パック・ガスパック等)は検査回数分の検体数をご用意ください。
(到着後開封して保管するものを除く)
- ・検体の合計サイズが三辺合計90cmを超える場合は保管場所の確認が必要ですので事前にご確認ください。
- ・宅配便利用時は検体に合ったサイズの箱での送付に、ご協力ください。

| | |
|--|---|
| 【ご依頼・送付先】 〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8 TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659 |  埼玉県登録衛生検査所 株式会社 武蔵臨床検査所 F・S(Foods Safety service)サービス |
|--|---|

環境検査依頼書

Musashi
Biomedical
Laboratory

(株)武蔵臨床検査所 F・Sサービス 行

※太枠内をご記入下さい

受付番号

受付日

／ ／

| | | | |
|------------|------|----|------|
| 依頼者(成績書宛名) | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| ご担当者 | 成績書： | 郵送 | ・ 来所 |
| TEL： | FAX： | | |

| | | | | |
|-----|---------|----|----------|----|
| 材 料 | 落下 1 | ヶ所 | 拭取り・綿棒 | ヶ所 |
| | 落下 2 | ヶ所 | 拭取り・スタンプ | ヶ所 |
| | エアサンプラー | ヶ所 | その他 | ヶ所 |

| コードNo. | 検 査 項 目 | コードNo. | 検 査 項 目 |
|--------|---------------|--------|---------------|
| | 一般生菌数 | | 腸炎ビブリオ |
| | 大腸菌群数 | | 腸管出血性大腸菌O-157 |
| | 大腸菌数 | | セレウス菌 |
| | 黄色ブドウ球菌 | | セラチア菌 |
| | 黄色ブドウ球菌(MRSA) | | 真菌(カビ類) |
| | サルモネラ属菌 | | その他 |

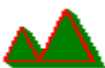
【依頼内容】

| No. | 試験品(検体)の名称 | 採取日 | 温度 | 湿度 | 備 考 |
|-----|------------|-----|----|----|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

<連絡事項>

- 【注意事項】**
- ◎受付終了後は原則として依頼内容の変更はできませんので、よくお確かめの上ご記入ください。
 - ◎検査成績書の再発行は1年以内に限りです。また、再発行は有償となりますのでご了承下さい。
 - ◎検査項目によっては、検査終了に多少時間がかかる場合がございますので、ご了承ください。

| | | | |
|-------|---------|-------|--|
| 受付担当者 | 検査終了予定日 | 発送年月日 | |
|-------|---------|-------|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>【ご依頼・送付先】</p> <p>〒 358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8</p> <p>TEL 04(2964)2621 FAX 04(2964)6659</p> |  | <p>埼玉県登録衛生検査所</p> <p>株式会社 武蔵臨床検査所</p> <p>F・S(Foods Safety service)サービス</p> |
|---|---|--|

