細菌検査（健康管理検便）のご案内

検　査　項　目　赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌O157

対　　象　　者　目黒区に在住・在勤・在学の方　又は　結果の提出先が目黒区内にある方

検　査　料　金　1件480円。
ただし、目黒区内の事業所に勤務する方で次に該当する場合は、毎月1回目は半額です。
・飲食物取扱従事者（飲食店・集団給食・食品製造・食品販売等）
・水道施設業務従事者（水道法第21条に基づく検便）
・保育施設・高齢者施設・福祉施設等で二次調理や食事介助に従事する方

受　付　日　時

検体（便）	裏面カレンダーの受付日　　午前9時から正午、午後1時から午後3時
検査器材	開庁日の午前9時から正午、午後1時から午後5時
検査結果	

検査の流れ
1. 事前に検査器材を窓口でお受け取りください。無料です。
2. 採便管は使用するまでは直射日光を避け、室温で保管してください。
3. 便の表面から、採便管のスプーンのくぼみが埋まる程度の便をすくいとり、容器に入れてしっかりキャップを閉めてください。便の量が多すぎないようにしてください。
4. ラベルに名前を書いて採便管にしっかりと貼り、提出まで冷暗所で保管してください。ラベルやセロハンテープなどで封をしないでください。
5. 申込書を書きます。詳しくは下の「申込書の書き方」をご覧ください。
6. 受付時間内に採便管、申込書、検査料金をお持ちください。
受付では、ラベルの名前を読み上げながら名簿順に採便管を並べていただきます。
あらかじめ順番を揃えてお持ちください。
結果の送付を希望する方は、返信用封筒（又は交換便封筒）をお持ちください。
7. 陽性だった場合は、目黒区保健所の担当課からご連絡します。
8. 検査結果は受付の一週間後以降にお渡しします。受付控えをお持ちください。

申込書の書き方　（3枚複写です。強く書いてください）

施設名	返却時の宛先になります。個人で検査を受ける方は本人の氏名を記入してください。 3枚複写ですのでゴム印などをお使いの場合は、3枚目にも押してください。
代表者	個人の場合は記入不要です。
住所	事業所の所在地、又は自宅の住所です。在学で区内在住でない方は学校名を、 在勤、在住、在学のいずれでもない場合は区内の提出先を欄外に書いてください。
電話	平日の日中に連絡できる番号を記入し、複写された2枚目が読めることを確認してください。
該当業種	1から7に当てはまらない場合は、8に検査の目的を記入してください。 （例えば、就職、実習、イベント、食品製造、食品販売、水道施設など）。 1枚に異なる業種の人がいる場合は、誰がどの業種かわかるようにしてください。
氏名	検査を受ける方の氏名を記入してください。
性別・年齢	省略できます。
区分	「患者・関係者・その他」はこの検査では使いません。

受付場所・問合せ先
目黒区碑文谷保健センター　試験検査係　　（受付場所：3階　臨床検査室）
所在地　〒152-0003　目黒区碑文谷4-16-18
電話　03-3711-6448（直通）　　FAX　03-5722-9330