

姓名：**大安聯合醫事檢驗所微生物檢驗單**  
 病歷號碼：(XRA050)  
 性別： 男 女 台北市復興南路二段 151 巷 33 號  
 送檢單位： 電話：02-2704-9977 傳真：02-2709-1974  
 電話傳真： 科別： 採檢時間： 日 時 分  
 有無用藥：有無 用藥名稱： 接受時間： 日 時 分

身份證號：  
 生日：民國 年 月 日  
 卡號： 案件分類：  
 疾病分類碼：  
 就醫日期： 年 月 日

**Aerobic Culture and Sensitivity：嗜氧培養及藥敏試驗** (不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- Genital 生殖泌尿道檢體**
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urine (Voided) 一般中段尿液* | <input type="checkbox"/> Urine (Catheter) 導尿* | <input type="checkbox"/> Suprapubic Aspirate 膀胱穿刺取尿* |
| <input type="checkbox"/> Genital 生殖道            | <input type="checkbox"/> Cervical Swab 子宮頸拭子  | <input type="checkbox"/> Vaginal discharge 陰道分泌物     |
| <input type="checkbox"/> Semen 精液               | <input type="checkbox"/> Prostatic Fluid 前列腺液 | <input type="checkbox"/> Urethral 尿道                 |
| <input type="checkbox"/> Bartholin cyst 巴氏線囊腫   | <input type="checkbox"/> Stool 糞便*            | <input type="checkbox"/> Rectal Swab 肛門拭子*           |
| <input type="checkbox"/> Others _____           |   |  |
- Fluid 無菌部位或體液檢體**
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pericardial Fluid 心包膜液     | <input type="checkbox"/> Bile Fluid 膽汁                     | <input type="checkbox"/> Ascites Fluid 腹膜液 |
| <input type="checkbox"/> Synovial Fluid 關節液         | <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液                          | <input type="checkbox"/> Pleural Fluid 胸膜液 |
| <input type="checkbox"/> Amniotic Fluid 羊水          | <input type="checkbox"/> Wound / Pus 表皮傷口/膿 (Site : _____) |  |
| <input type="checkbox"/> Catheter Tip culture (CVP) | <input type="checkbox"/> Others _____                      |  |
- Respiratory tract 呼吸道檢體**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sputum 痰液*                                   | <input type="checkbox"/> Bronchial washings 支氣管洗滌液* |
| <input type="checkbox"/> Bronchi alveolar lavage 支氣管肺泡液*              | <input type="checkbox"/> Bronchial brushes 支氣管沖刷液*  |
| <input type="checkbox"/> Tracheal and transtracheal aspirates 氣管穿刺抽取* | <input type="checkbox"/> Others _____               |

**Anaerobic Culture and Sensitivity：厭氧培養及藥敏試驗** (不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wound / Pus 表皮傷口/膿 (Site : _____) | <input type="checkbox"/> Suprapubic Aspirate 膀胱穿刺取尿 | <input type="checkbox"/> Stool 糞便      |
| <input type="checkbox"/> Ascites Fluid 腹膜液                 | <input type="checkbox"/> Pleural Fluid 胸膜液          | <input type="checkbox"/> Bile Fluid 膽汁 |
| <input type="checkbox"/> Synovial Fluid 關節液                | <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液                   | <input type="checkbox"/> Others _____  |

**Blood Culture and Sensitivity：血液培養及藥敏試驗** (不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pediatric 小兒(Ae & Anae) | <input type="checkbox"/> Adult 成人(Ae & Anae) | <input type="checkbox"/> Cord blood 臍帶血 (Ae & Anae) |
| <input type="checkbox"/> Others _____            |  |   |

**Special Cultures：** (不需要作藥敏試驗者請在此空格內打勾)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salmonella / Shigella*                                  | <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea | <input type="checkbox"/> GBS *                 |
| <input type="checkbox"/> Nasal 鼻腔  | <input type="checkbox"/> Throat Swab 咽喉拭子     | <input type="checkbox"/> 滅菌鍋指示劑                |
| <input type="checkbox"/> 刷手  | <input type="checkbox"/> 落菌                   | <input type="checkbox"/> Inoculated plate 菌株鑑定 |
| <input type="checkbox"/> Salmonella/Shigella/Sta. aureus/Bacillus cereus 糞便四菌檢查* | <input type="checkbox"/> Others _____         |  |

**Fungal Culture：真菌培養**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bronchi alveolar lavage 支氣管肺泡液 | <input type="checkbox"/> Urine 尿液*             | <input type="checkbox"/> Blood 血液             |
| <input type="checkbox"/> Bronchial washings 支氣管洗滌液      | <input type="checkbox"/> CSF 腦脊髓液              | <input type="checkbox"/> Sputum 痰液*           |
| <input type="checkbox"/> Bronchial brushes 支氣管沖刷液       | <input type="checkbox"/> Hair 頭髮               | <input type="checkbox"/> Vaginal specimens 陰道 |
| <input type="checkbox"/> Pleural Fluid 胸膜液              | <input type="checkbox"/> Peritoneal fluid 腹膜液  | <input type="checkbox"/> Synovial fluid 關節液   |
| <input type="checkbox"/> Finger nail, toenail 手/腳指甲     | <input type="checkbox"/> Skin 皮膚/皮屑            | <input type="checkbox"/> Prostatic fluid 前列腺液 |
| <input type="checkbox"/> External auditory canal 外耳道    | <input type="checkbox"/> Nasal 鼻腔              | <input type="checkbox"/> Tissue 組織            |
| <input type="checkbox"/> Cell medium 細胞液                | <input type="checkbox"/> Inoculated plate 菌株鑑定 | <input type="checkbox"/> Others _____         |

**Water Analysis：**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 飲用水培養* Drinking water* (檢體量需 100ml)   |
| <input type="checkbox"/> 水質培養* (Dialysate 透析液* 及 RO Water ( In / Out )*) for Total & Coliform Count) |

**Microscopy：**

- |   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gram Stain 革蘭氏 | <input type="checkbox"/> India Ink Stain | Type of specimen：_____ |
|---|--|------------------------|

顧客特殊交待事項： \_\_\_\_\_

\* 標示\*的檢體請保存於 2 - 8°C

第一聯：大安聯合存根聯

第二聯：顧客存根聯