

病性鑑定依頼票（疾病原因検索）

●依頼者所属

NOSAI 道央統括センター 宗谷支所（ 北部 / 中部 / 南部 ）、留萌支所（北部）

開業（ ）

その他（ ）

●担当獣医師氏名

●飼養者住所 **地区名まで記入して下さい。**

●飼養者氏名

市 町 村

●検査目的と検査項目（該当□に印をしてください）

検査目的	検査項目（カッコ内：項目詳細を記入して下さい）
<input type="checkbox"/> 牛伝染性 リンパ腫の疑い	<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 百分比 <input type="checkbox"/> 白血球数 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 牛ウイルス性 下痢の疑い	<input type="checkbox"/> 遺伝子検査
<input type="checkbox"/> 呼吸器病原因 検索	<input type="checkbox"/> 細菌検査（ ） <input type="checkbox"/> マイコプラズマ検査 <input type="checkbox"/> ウイルス検査（ ） <input type="checkbox"/> 肺虫検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 下痢原因検索	<input type="checkbox"/> 細菌検査（ ） <input type="checkbox"/> ウイルス検査（ ） <input type="checkbox"/> 内部寄生虫検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 異常産原因検索	<input type="checkbox"/> 胎子・胎盤による検査 （細菌検査、ウイルス検査、病理組織等） <input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 死亡原因	<input type="checkbox"/> 総合的疾患原因検索 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他	

●検査材料・検体数・採材年月日

採材年月日（令和 年 月 日）

血清（ ）検体、血液（ ）検体、糞便（ ）検体

鼻汁（ ）検体、胎子（ ）検体、生/死体（ ）検体

その他（ ）

●検体情報 **カルテのコピー** 又は **検体の名簿** 等を添付してください。

●依頼の経過（症状、発症月日及び経緯、治療歴、ワクチン接種歴、過去の発生歴等）