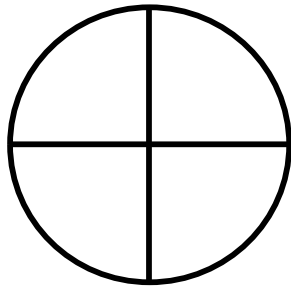


こちらの面に必要事項を記入してください。(裏面は家保使用欄)

受付番	No.
受付者	

令和 年度 細菌・薬剤感受性 (乳房炎)検査受付用紙

申請年月日	年 月 日	申請者氏名									
飼育者住所	市・町・村	飼育者氏名									
本人同意	この検査申請に際し、個人情報記載に関する飼育者本人の同意取得済み										
検査材料	分房乳	個体乳(合乳)	バルク乳								
個体識別番号 および名号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									←努めて個体識別 番号の10桁すべて を記入してください	名号、共済番号等
生年月日	年 月 日	産歴	未経産 初産 2産 3産 4産 5産以上								
最終分娩年月日	年 月 日	乾乳予定年月日	年 月 日								
今回乳汁検査 をする理由	乳房炎新発生	乳房炎再発生	治療効果確認 その他()								
症状、 所見、 検体の 概要等	[全身症状]		[局所症状]								
	体 温	℃	熱 感 有 無								
	食 欲	有 減退 無	疼 痛 有 無								
	栄 養	過肥 良好 消瘦	硬 結 有 無								
	起 立	正常 困難 不能	腫 脹 有 無								
排 便	正常 軟便 下痢 硬結 秘結	乳頭の状態									
	[CMT変法(PLテスト++等)]		[過去の検査歴]								
			検査の有無 有 無								
	[検査分房]		時 期 年 月 日								
	LF	RF	分 離 菌 S.a,CNS,Strepto,E.coli, Kleb,Coryne,others								
	LR	RR	前回検査後の 対応、治療等								
	[乳汁以外の検体の有無]		[採材前の投薬等]								
			無 血液 血清 糞便 その他()								
乳汁採取年月日	年 月 日	時 分 頃									
乳汁の保存方法	冷蔵	冷凍	常温								
依頼者から検査者 への伝達事項											