＊こちらの面に必要事項を御記入ください。(裏面は家保用)

番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

令和元年度　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	←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

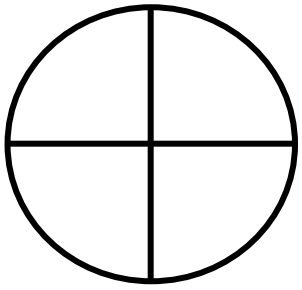
［全身症状］

体温	℃
食欲	有　減退　無
栄養	過肥　良好　削痩
起立	正常　困難　不能
排便	正常　軟便　下痢 硬結　秘結

［局所症状］

熱感	有　無
疼痛	有　無
硬結	有　無
腫脹	有　無
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
時期	年　月　日
分離菌	S.a,CNS,Strepto,E.coli, Kleb,Coryne,others
前回検査後の対応、治療等	

［検査分房］

LF	RF
LR	RR

［採材前の投薬等］

［乳汁以外の検体の有無］

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	