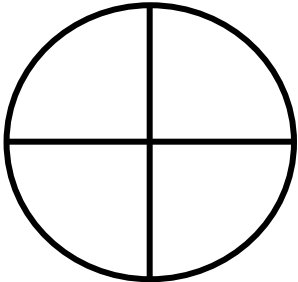


令和 年度 細菌・薬剤感受性(乳房炎)検査受付用紙

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	←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 削瘦	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
			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]		[採材前の投薬等]
	LF	RF	<input type="text"/>
	LR	RR	
	[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			