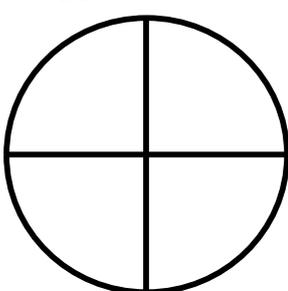


こちらの面に必要事項を記入してください。(裏面は家保使用欄)

受付番	No.
受付者	

令和7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><td></td><td></td> </tr> </table>												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]										
			<table border="1"> <tr> <td>検査の有無</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>時 期</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>分 離 菌</td> <td>S.a,CNS,Strepto,E.coli, Kleb,Coryne,others</td> </tr> <tr> <td>前回検査後の 対応、治療等</td> <td></td> </tr> </table>	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]										
	<table border="1"> <tr> <td>LF</td> <td>RF</td> </tr> <tr> <td>LR</td> <td>RR</td> </tr> </table>		LF	RF	LR	RR							
LF	RF												
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													