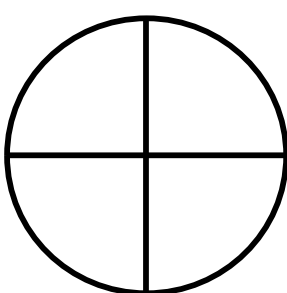


こちらの面に必要事項を記入してください。(裏面は家保使用欄)

令和6年度 細菌・薬剤感受性 (乳房炎)検査受付用紙

受付番	No.
受付者	青木、中山、林、津野、 間瀬、三木、小松、関

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"/>	名号、共済番号等 ←努めて個体識別 番号の10桁すべて を記入してください
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	°C	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			

細菌・薬剤感受性検査野帳

受付及び飼育者	
受付年月日	月 日
依頼者	
受付者	青木、中山、林、津野、 間瀬、三木、小松、関
飼育者	
検体 (ID)	乳汁 尿 便
分 房	LF LR RF RR

検査の概要	
培養・塗布日時	月 日 時 分
培養・塗布者	青木、中山、林、津野、 間瀬、三木、小松、関
塗布量 (μL)	25 50 100 other=
感受性 スタート日時	月 日 時 分
同定・感受性 実施者	青木、中山、林、津野、 間瀬、三木、小松、関
判定日時	月 日 時 分
判定者	青木、中山、林、津野、 間瀬、三木、小松、関

分離菌				
項目	菌の種類*	菌数(菌量)**	単位	備考
分離菌 1			(CFU/ml)	**定量できない場合、 菌数は「+」、「++」、「+++」
分離菌 2			(CFU/ml)	
分離菌 3			(CFU/ml)	

抗生物質名	略号	分離菌1	分離菌2	分離菌3
ベンジルペニシリン	P10			
クロキサシリン	CX1			
ジクロキサシリン	DX1			
アンピシリン	AM10			
アモキシシリン	AMPC			
セファゾリン	CZ30			
セファピリン	CEP			
セフロキシム	CXM30			
ストレプトマイシン	SM			
ネオマイシン (フラジオマイシン)	N30			
カナマイシン	K30			
エリスロマイシン	E15			
ピルリマイシン	PLM			
オキシテトラサイクリン	T30			
タイロシン	TS			
エンロフロキサシン	ENR			
スルファメキサ ソールトリスプロム	SXT			
マルボフロキサシン	MAR			

め も