イヌレプトスピラ症検査調査票

＊検体番号（　　　　　　　　　　）

（検体番号はこちらで記入します）

動物病院名

獣 医 師 名

Ｔ Ｅ Ｌ

Ｆ Ａ Ｘ

E-mail

１.患畜情報

飼い主住所　　　　　　　　　　　　　　　市・町・村・その他

年　齢　　　　　　　　　　　　　性　別

飼育環境　　　１．屋外　　　　２．屋内　　　　３．不明

自宅敷地外への日常的散歩の有無　　１．有　　　２．無　　　３．不明

種　別　　１．狩猟犬　　２．狩猟犬以外（ペット等） 　　３．不明

４．その他（　　　　　　　　　　　 ）

発症日　　令和　　　年　　　月　　　日

初診日　　令和　　　年　　　月　　　日

診断日　　令和　　　年　　　月　　　日

２.臨床症状等（確認されたものに○印を付けてください。複数回答可）

１．発熱　　　　２．嘔吐　　　　３．粘膜の充出血　　　　４．黄疸

５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

３．臨床検査値

クレアチニン値　　　　　　　　　mg/dL 　　ＢＵＮ値　　　　　　　　mg/dL

その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊よろしければ，検査データ表の添付をお願いします．

４．ワクチン接種歴

１．有（ワクチン名：　　　　　　　 メーカー：　　　　　　　　 接種日：　 　年　　月　　日）

２.　無

５．感染経路

想定される感染地域（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・不明

推定感染原因（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・不明

６．転帰

１．軽快　　　２．通院治療中　　　３．入院中　　　４．死亡　　　５．安楽死

７．検体採取日　　分離培養用培地への接種　　　令和　　　　年　　　月　　　日

抗体検査用（急性期血清）　　令和　　　　年　　　月　　　日

〃　　　　（回復期血清）　　令和　　　　年　　　月　　　日

P C R用検体（血液・尿） 　令和　　　　年　　　月　　　日