

病性検定依頼簿

No.

年 月 日

北海道日高家畜保健衛生所 様

獣医師名 : _____

下記材料の検査を依頼します。

畜種 : 馬 肉用牛 乳用牛 豚 その他 _____

飼養者 住所 : _____

検査目的 : 馬伝染性貧血 馬パラチフス ERV-CF CEM

氏名 : _____

牛白血病 ヨーネ病

TEL : _____

下痢原因 呼吸器病原因 流産原因 死亡原因

その他 _____

FAX : _____

材料 : 血清 血液 糞便 気管洗浄液 鼻汁 生殖器スワブ

胎子 死体 その他 _____

採材月日 : 月 日 (AM PM)

No.	名号	品種	生年月日	性別	毛色	臨床所見及び疫学的事項