

# 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