

受付日 年 月 日

病院 ID	病院名		担当医	
	住所:			
	TEL:		FAX:	
	e-mail			
オーナー名		カルテ NO	採取日時 日 時	
ペット名	犬種	年 月 日生(才 ヶ月)		♂・♀・去勢♂・避妊♀

● 年齢については月令にいたるまで正確にご記入下さい。

検体採取条件: 血漿(EDTA2K)0.2ml 採取後、即分離凍結保存。(溶血・乳ビは不可です)

ステロイド使用は一週間以上あけて下さい。

受托上での確認事項(検査結果に影響を及ぼしますので下記項目を再度確認願います。)

除外診断してますよね	ステロイド使用してませんね	(検体)血漿即凍結しましたね
YES <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>

問診票

除外事項	<input type="checkbox"/> 外部寄生虫・真菌感染はありません (□有りの場合) <input type="checkbox"/> 発咳はありません □有
随伴事項	<input type="checkbox"/> 両側性外耳炎 (5ヶ月令以上で) <input type="checkbox"/> 脂漏症 <input type="checkbox"/> 乾燥皮膚 <input type="checkbox"/> 膿皮症
発症年令	<input type="checkbox"/> 発症が3才以前 <input type="checkbox"/> 3才以上の場合、2年以上の継続皮膚炎有り
胃腸(GI)症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感染性腸炎 <input type="checkbox"/> IBD <input type="checkbox"/> その他 ()
皮膚紅斑	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> くちのそれぞれ周囲 <input type="checkbox"/> 四肢 (□前肢□後肢)
掻痒感	<input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 肉球 (趾間) <input type="checkbox"/> 外耳 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 全身

スノードリーム株式会社 〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-10-2 永田町 TBR ビル-UCF201

TEL:03-5510-1196 FAX:03-5510-1197

検体送付先: (株) モノリス 検査部 〒182-0012 東京都調布市深大寺東町 8-31-6

TEL:042-442-5101 FAX:042-443-6182