

アトレーけんさ
ATORE検査ご依頼書(Step2,3)

FAX 送信先 ⇨ 03-5510-1197

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。

検査項目 ご希望のステップ検査あるいは細項目 (ステップ3) に「レ印」を記載して下さい

<input type="checkbox"/> Step2 Th2cell/CRTTh2 CyTh3	<input type="checkbox"/> Step3 Th2cell/CRTTh2 CyTh3 <input type="checkbox"/> 両方 (二項目)
常温ヘパリン加全血 3m l (夏季は冷蔵)	

アトレーリストAB (アレルギーマーチ)

A	B	他	スコアの内容	検査以前の使用薬剤と期間をご記入下さい
		<input type="checkbox"/>	外部寄生虫に感染している (ノミ・疥癬)	
		<input type="checkbox"/>	真菌や細菌に感染している。	
		<input type="checkbox"/>	食餌性アレルギーの疑いがある。	
	<input type="checkbox"/>		脂漏症がある。	
<input type="checkbox"/>			外耳炎がある (<input type="checkbox"/> 両側性マラセチア性外耳炎)	
	<input type="checkbox"/>		伝染性下痢症/感染性下痢症(胃腸症状 : GI # 1)	
	<input type="checkbox"/>		抗生剤反応性腸炎/細菌性腸炎(胃腸症状 : GI # 2)	
	<input type="checkbox"/>		炎症性腸疾患(IBD)/腹痛を伴うことが多い(GI # 3)	
	<input type="checkbox"/>		食物不耐性/食物と関連した過敏性腸炎(GI # 4)	
	<input type="checkbox"/>		膿皮症あるいは乾癬がある。	
<input type="checkbox"/>			顔面に痒みがある。	左記以外の臨床症状についてご記入下さい
<input type="checkbox"/>			趾間に痒みがある。	
<input type="checkbox"/>			腹部に掻痒性皮膚炎がある。	
<input type="checkbox"/>			掻痒性全身性皮膚炎がある。	
<input type="checkbox"/>			両側性に四肢間の紅斑がある。	
<input type="checkbox"/>			発症が 3 才令以前である。	
<input type="checkbox"/>			口・耳・眼の周囲に紅斑がある。	
<input type="checkbox"/>			3 才令以上の場合、2 年以上継続症状をみる。	
/9		<input type="checkbox"/>	好発犬種である (<input type="checkbox"/> 調査のご依頼)	

該当するスコア内容に「レ印」を付けて下さい。「レ印」に制限はありません。既往症として存在した時には「キ印」を付けて下さい