

SFTS 検査依頼書

下記に記入し郵送願います。(□に✓、必要な部分には詳細記載)

依頼病院名		担当者名	
住所 (連絡先)	〒		
	TEL:		FAX:
	Email:		

検体の種類	☐ 血清 ☐ スワブ (☐ 口腔内 ☐ 肛門)
検体採取日	年 月 日

患者(動物)の名前		居住地	都道府県:	市町村:
動物種	☐ 犬 (種類 :) ☐ 猫 (種類 :) ☐ その他 ()			
年齢	歳 ヲ月齡	体重 : kg	性別 :	
飼育環境	☐ 室内のみ ☐ 室内および屋外 ☐ 主に屋外			
マダニの寄生	☐ 有 ☐ 無 ☐ 過去有 (年 月 頃?)			
ノミ・マダニ予防薬 投与歴	最近の投与		製品名	
	年 月 日			
ワクチン接種歴	接種年月日 (最近)		製品名	
	年 月 日			
発症年月日	年 月 日			
症状	☐ 発熱 ☐ 白血球数減少 ☐ 血小板減少 ☐ 黄疸 ☐ 消化器症状 (☐ 下痢 ☐ 嘔吐) ☐ 元気・食欲低下 ☐ その他 ()			

検査データ	発病初期 (年 月 日)	現在 (年 月 日)
発熱 (℃)		
赤血球 (μL)		
白血球 (μL)		
血小板 (μL)		
ALT(GPT) (IU/L)		
AST(GOT) (IU/L)		
CPK(CK) (IU/L)		
T. Bil (mg/dL)		
その他 ()		
その他 ()		
その他 ()		
発症からの経過 気付いた点		