

検査依頼日

年

月

日

会員番号

病院名：	FAX：	検査目的にチェックしてください <input type="checkbox"/> 防御レベル <input type="checkbox"/> 感染の有無 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他
担当獣医師名：	TEL：	

動物種：	種類：	年齢：	歳	ヵ月
性別： ♂ ♀ 避妊 去勢	オーナー名：	ペット名：		
材料： 血清 ・ 血漿 ・ 全血 ・ その他 ()				
最終ワクチン接種日：	年	月	日	ワクチン名：

ウイルス検査 (犬)

ジステンパー

CDV-PHA PHA 抗体
 CDV-IgM/G クラス別抗体
 CDV-Ag (PCR) PCR 抗原
 ※ 指定材料に○印をつけてください (全血 ・ その他)
 CDV-Ag (PCR-V/W) PCR 型別

パルボ

CPV-HI HI 抗体
 CPV-SN 中和抗体
 CPV-Ig M/G クラス別抗体
 CPV-Ag (PCR) PCR 抗原

CAV2 アデノ 2 型中和抗体
 CAV1 伝染性肝炎中和抗体
 CPIV パラインフルエンザ中和抗体
 CCV コロナ中和抗体

犬コアワクチン
 抗体検査 3 点セット CDV-PHA CPV-SN CAV1

血液生化学検査

<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> AMY	<input type="checkbox"/> Ca
<input type="checkbox"/> ALB	<input type="checkbox"/> LIPASE	<input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> 蛋白分画 (A/G 比含む)	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Mg
<input type="checkbox"/> T-BIL	<input type="checkbox"/> T-CHO	<input type="checkbox"/> Fe
<input type="checkbox"/> D-BIL	<input type="checkbox"/> BUN	<input type="checkbox"/> Cu
<input type="checkbox"/> GOT(AST)	<input type="checkbox"/> CRE	<input type="checkbox"/> UA
<input type="checkbox"/> GPT (ALT)	<input type="checkbox"/> NEFA	<input type="checkbox"/> パネル 1
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> TG	<input type="checkbox"/> パネル 2
<input type="checkbox"/> γ-GTP	<input type="checkbox"/> GLU	<input type="checkbox"/> パネル 3
<input type="checkbox"/> LAP	<input type="checkbox"/> Na	<input type="checkbox"/> パネル 4
<input type="checkbox"/> Ch-E	<input type="checkbox"/> Cl	<input type="checkbox"/> TBA
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ins

内分泌検査

CORT
 T4
 f T4
 T3

結石定量・血中薬物

結石
 フェノバル

ウイルス検査 (猫)

汎白血球減少症

FPLV-HI HI 抗体
 FPLV-Ag (PCR) PCR 抗原

FHV 鼻気管炎中和抗体
 FCV カリシ中和抗体

FeLV 白血病抗原
 FIPV 伝染性腹膜炎抗体
 ※ 指定材料に○印をつけてください
 (血清 ・ 血漿 ・ 胸水 ・ 腹水)
 FIV 免疫不全症抗体
 FIV-Ag (PCR) 免疫不全症 PCR 抗原

猫コアワクチン
 抗体検査 3 点セット FPLV-HI FHV FCV

特殊検査

レプトスピラ

Lep.C カニコーラ抗体
 Lep.I イクテロヘモラジー抗体
 Lep.H ヘブドマディス抗体
 Lep.-Ag (PCR) PCR 抗原
 ※ 指定材料に○印をつけてください (全血 ・ 尿)

Bru.C ブルセラ・カニス抗体
 Fila. フィラリア抗原
 MDR1(PCR) MDR1 遺伝子

バベシア抗原 (PCR)

B.gib バベシアギブソニ
 B.gib+B.can バベシアギブソニ + カニス

通信欄 (コメント希望の場合、その旨経過を記載してください)

*歯周病リスク受託検査も受付けています。別途申込用紙がありますのでホームページまたはお電話にてお問合せください。

.....

.....

.....

アドテック記入欄

受付番号

年 月 日