

【注】：依頼項目チェック後、病院様控え用にコピーを取って保管して下さい。

獣医師専用

SPOT TEST
常温

SPOT TEST 検査依頼書

検査依頼日	20 年 月 日	病院名	漢字
病院ID			
次回送付	<input type="checkbox"/> 検体バイアル <input type="checkbox"/> 検査依頼書	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 <input type="checkbox"/> 宅急便着払伝票 <input type="checkbox"/> 飼主用パンフレット	

飼主名	ふりがな	ペット名	カタカナ
-----	------	------	------

<input type="checkbox"/> 犬	<input type="checkbox"/> 猫	<input type="checkbox"/> 馬	年齢	才	ヶ月
品種	カタカナ	性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input checked="" type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input checked="" type="checkbox"/> ♀		
※検体送付に際して ・キャップのゆるみ防止の為、ビニルテープ等でシールしてください。 ・割れない様エアクッションなどで保護してください。 ・検体量が不足しない様にお願いします。			採取日	20 年	月 日

病歴

皮膚の状態

- かゆみ 乾燥 脂っぼい
 悪臭 発赤 発疹
 脱毛 ふけ

呼吸器症状

- 咳 くしゃみ 鼻汁

減感作をしたことがありますか？

- はい いいえ

いつ _____

いつ頃悪化しますか？

- 春 夏 秋 冬
 季節に関係なし

何才頃から発症しましたか？

_____ 才頃

どちらかに旅行されましたか？

- はい いいえ

どんな食物を与えていますか？

缶詰 _____

ドライ _____

人の食物 _____

他 _____

他にビタミンなどを使用していますか？

- はい いいえ

具体的に _____

ご家族で喫煙される方はいますか？

- はい いいえ

他に一緒に飼われている動物は？

- はい いいえ

- 犬 猫 鳥

他 [種類] _____

生活の場所は？

室内 _____ % 室外 _____ %

備考

検体採取証明書

この検体は伝染性疾病を認めない動物より採取したことを証明します。

獣医師名 _____



SPECTRUM LAB.JAPAN

Veterinary Allergy Diagnostics & Management

スペクトラム ラボ ジャパン 株式会社

〒152-0034 東京都目黒区緑が丘1-5-22-201

TEL 03-5731-3630 FAX 03-5731-3631