

## 【72 項目の IgE アレルギー検査】依頼書

記入日 年 月 日 太枠内の記入をお願いします。

病院名		受付番号	
獣医師名	様	受付日	年 月 日
所在地	〒	電話	
E-mail		ファクシミリ	
		報告	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール

※犬と猫以外の動物種ではお申込みができません。  
 ※狂犬病等感染のおそれのある動物から採取した試料はお申込みができません。  
 ※試料容器の破損や試料漏出がないように適切に保護材・梱包をご使用下さい。  
 ※血清で 0.5 ml を使用します。クール便で送付下さい。

検体情報をご記載ください。

動物種： 犬 ・ 猫 ペット名： 採血日：  
 品 種： 体 重： k g  
 年 齢： 才 性 別： ♂ ・ ♀ （去勢 ・ 避妊）

以下は、参考情報のため未記載でも受付可能です。※飼育者様名は報告書に記載することができます。

飼育者名：	様
飼育環境：	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 外飼
食事内容：	フード名： 主原料：
臨床症状：	<input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
寄生虫：	<input type="checkbox"/> 定期駆虫
病 歴：	<input type="checkbox"/> アレルギー個体歴（家族歴） <input type="checkbox"/> 6ヶ月～3才で初発症状 <input type="checkbox"/> 長期性そう痒・再発 <input type="checkbox"/> 皮膚炎・真菌炎 <input type="checkbox"/> コルチコイド反応性のそう痒 <input type="checkbox"/> 皮膚症状はないが、痒がる
病 変：	<input type="checkbox"/> 結膜炎（両側） <input type="checkbox"/> 口唇炎 <input type="checkbox"/> 表面性膿皮症 <input type="checkbox"/> 口唇炎 <input type="checkbox"/> 耳介（紅斑） <input type="checkbox"/> 蕁苔化 <input type="checkbox"/> 足指間紅斑 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発汗過多 その他（ ）

## 【特記事項】

お問い合わせ先・検体の送付先：

株式会社 AHC 付属病院 〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1

（電話：027-253-1515 ファクシミリ：027-252-9369）

弊社の検査利用規約(URL)にご承諾をお願いします。ご利用者は検査利用規約にご承諾されたものとみなされます。