

病性鑑定台帳

受付番号	No.
受付者	

飯田家畜保健衛生所

申込年月日	年 月 日		
申込者 氏名			
畜主 住所氏名	TEL/FAX		
畜 種		飼養規模	
耳 票			
年 齢	(年 月 日生)	性 別	雌 雄 去勢
検 体	(採材： 月 日)		
症 状 臨床所見 経 過 飼 料 等	予防接種状況： 投薬状況：		
検査所見 ・細菌 ・生化学 ・ウイルス ・寄生虫			
検査項目	血液 生化学 細菌 薬剤 寄生虫 ウイルス 解剖 組織 抗体 他		

上記個人情報記載に関する本人の同意を得ています。署名 _____