

ネコの多発性嚢胞腎遺伝子検査依頼書

この度は、ネコの常染色体優性多発性嚢胞腎の遺伝子検査をご利用いただきありがとうございます。
多発性嚢胞腎の遺伝子検査をするに当たり、検査依頼書をご記入の上、下記アドレスまでFAXにてお送り頂いた後、血液サンプルをお送りください。その際、サンプルの取り間違い等のトラブルを避けるため、血液サンプルのチューブにはネコちゃんのお名前をラベリングしていただきますようお願い申し上げます。血液サンプルは、抗凝固処理した血液（できればヘパリンが望ましいです。EDTAの場合はよく攪拌して凝血がないことをご確認ください）0.5~1mlを冷蔵にてお送りください。

お手数をおかけしますがご協力のほどお願い申し上げます。

また、腎嚢胞がエコー検査にて確認された場合は、検体と共にエコー像を送付していただきますようお願い申し上げます。

- ご依頼主様の病院名・お名前： _____
ご住所：〒 _____ 県・府・道・都 _____

- ご連絡先： TEL _____ FAX _____
E-mail _____
- ご検体発送日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 血液サンプル採取日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ネコちゃんのお名前： 姓 _____ 名 _____
- 品種： _____
(雑種の場合： 日本ネコ系 / 洋ネコ系 / ペルシャ関連の血統 / 全く不明)
- 性別： ♀ ・ 避妊♀ ・ ♂ ・ 去勢♂
- 年齢： _____ヶ月 もしくは _____歳
- 入手方法： 購入（ブリーダー ・ ペットショップ） ・ 譲り受けた ・ 迷い猫
- エコー検査による嚢胞の有無と腎臓の大きさ：
➤ 左腎・・・検査せず・なし・あり：1個 ・ 複数 / 腎：腫大 ・ 萎縮 ・ 正常
➤ 右腎・・・検査せず・なし・あり：1個 ・ 複数 / 腎：腫大 ・ 萎縮 ・ 正常
➤ 肝臓・・・検査せず・なし・あり：1個 ・ 複数
➤ 脾臓・・・検査せず・なし・あり：1個 ・ 複数
- 血液検査 ・ 検査せず
・ 検査済み：BUN _____mg/dl, Cre _____mg/dl, iP _____mg/dl
- 腹部レントゲン検査の有無：あり・なし
- 検査を希望する理由：家族にPKD ネコがいる・エコーで嚢胞がある・好発品種のため・交配出産の適性検査・その他（ _____ ）
- 遺伝子検査結果のご希望の送付方法： TEL ・ FAX ・ E-mail
- ご連絡事項（ご請求先が違う場合は、こちらにご記入ください）