

ネコの多発性嚢胞腎遺伝子検査依頼書(2023年改訂版)

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、ヘパリンを加えた全血(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。分離剤入りチューブはお控えください。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 _____
- オーナー様連絡先：氏名 _____、ご住所 _____
- _____
- 検体発送日： _____ 年 _____ 月 _____ 日・検体採取日： _____ 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： 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日： _____ 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
- 体重： _____ kg (BCS /5)
- 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
矢状断面での長径： _____ mm、短径： _____ mm
➤ 右腎・・・検査せず・なし・あり：1個・複数 / 腎：腫大・萎縮・正常
矢状断面での長径： _____ mm、短径： _____ mm
➤ 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：なし・日付 _____ : Ht _____ %, BUN _____ mg/dl,
Cre _____ mg/dl, iP _____ mg/dl, Ca _____ mg/dl
- 尿検査：なし・日付 _____ : 尿比重 _____, 尿蛋白 _____, 潜血 _____, UPC _____
- 併発疾患：なし・あり (_____)
- 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)

送付先：〒020-8550 盛岡市上田 3-18-8 岩手大学農学部附属動物病院

Tel: 019-621-6238 Fax: 019-621-6239