

エキノコックス検査依頼書・結果報告書

受付日 : 年 月 日
 受付番号 :
 (記入不要)

太枠内をご記入ください。1 検体につき依頼書 1 部を作成してください。検査依頼時にはコピーをとり依頼控えとして保管して下さい。

| | |
|---|----------------------------|
| 病院名 | 飼主名 |
| 〒 住所 | 飼主住所 道・県府 市・区町 |
| Tel | 患畜名 |
| Fax | 動物種 犬・猫・その他 () |
| E-mail | 品種 性別 ♂・♀ |
| ※Fax 番号は必ず記入してください。 | |
| 担当医 | 年齢 _____ 歳 ・ 体重 _____ k g |
| 飼い主さんへの質問：検査依頼の理由は？ (該当する項目に○をつけてください。複数可) 1. 動物がネズミを食べたのを見たから 2. 動物がネズミを食べた可能性があるから どのような場所でネズミとの接触があったと考えられましたか？ () 3. 動物がよく拾い食いするから どんなものを食べますか？ () 4. 散歩時や夜間に放すから 5. ふだん放し飼いをしているから 6. 最近、逃げたことがあるから 7. 動物がネズミを食べた可能性はないが、 感染していないことの確認のため 8. その他 (具体的に) () | 検査受付日 (病院) 年 月 日 |
| | 糞便採集日 年 月 日 |
| | 糞便の性状 正常・軟便・下痢便・血便 |
| | エキノコックス検査歴 初めて _____ 回目 |
| | 前回 年 月頃 : 陰性・擬陽性・陽性 |
| | ※ 前回陽性・擬陽性で再検査の場合にお答えください。 |
| | 今回の糞便採集は 駆虫処置前 日目 |
| | 駆虫処置後 日目 |
| | 駆虫薬名 : |
| | 投与量・期間 : |
| | ウイルス感染の有無 (猫) |
| | ネコエイズウイルス (陰性・陽性・未検査) |
| | ネコ白血病ウイルス (陰性・陽性・未検査) |
| | その他 () |

検査結果

虫卵検査 (シヨ糖浮遊法)

テニア科条虫卵 : (陰性 ・ 陽性) 虫卵数 個 / 1 g 糞便

※エキノコックスはテニア科の条虫です。エキノコックスの虫卵はネコ条虫や豆状条虫などのテニア科の虫卵と形態的に区別できません。

その他の虫卵 : (陰性 ・ 陽性)

虫卵の種類 :

糞便内エキノコックス抗原検査 (サンドイッチ ELISA 法)

抗原検査 : (陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性)

吸光度測定値 :

Cut-off 値
 陰性 < 0.181
 擬陽性 < 0.264

環境動物フォーラム

印

「感染症法の改正により、犬がエキノコックスであると確定診断された場合、担当の医師はすぐに所轄の保健所を介して知事に報告する義務があります。この場合、保健所から飼い主さんへも連絡がいきますが、プライバシーの保護については十分に配慮されることになっています。なお、監査結果及びアンケート結果については学術研究に利用させていただきます。これらのデータは集計して解析し、今後のエキノコックス対策の資料とし、個人の特定はできないようにしますので、これらのデータの学術利用についてご了承をお願いします。」