

愛犬の遺伝性疾患検査 申込書

お客様について		*の項目は必ずご記入ください。
ご依頼日*	西暦 20 年 月 日	
お名前/動物病院名*	ふりがな	
	※お申込みが企業・団体からの場合は、企業・団体名とご担当者のお名前をご記入ください。	
ご住所*	〒 -	
患者様氏名 <small>動物病院様のみご記入下さい*</small>		
電話番号*	() -	
FAX	() -	
メールアドレス		@

検査を受ける 愛犬について																	
呼び名* 英文報告書は日英名両方	※英文報告書をご希望された場合は日英名両方をご記入ください。																
犬種*																	
生年月日(年齢)*	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)																
性別*	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀																
遺伝性疾患検査項目* ご希望の検査項目に チェックしてください ◎ゴールデンレトリバーの PRAは検査対象遺伝子も 選択してください	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> PRA 進行性網膜萎縮症</td><td><input type="checkbox"/> CEA コリー眼異常</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> CL セロイドリポフスチン症</td><td><input type="checkbox"/> TNS 遺伝性好中球減少症</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> GM1 ガングリオシドーシス</td><td><input type="checkbox"/> vWD フォンヴィレブランド病</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 緑内障</td><td><input type="checkbox"/> HC 遺伝性白内障</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> FN 家族性腎症</td><td><input type="checkbox"/> DM 変性性脊髄症</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HUU 高尿酸血症</td><td><input type="checkbox"/> HD 股関節形成不全</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> イベルメクチン中毒/MDR-1遺伝子変異</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ゴールデン・レトリバーのPRA : <input type="checkbox"/> PRA1 <input type="checkbox"/> PRA2 <input type="checkbox"/> prcd</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> PRA 進行性網膜萎縮症	<input type="checkbox"/> CEA コリー眼異常	<input type="checkbox"/> CL セロイドリポフスチン症	<input type="checkbox"/> TNS 遺伝性好中球減少症	<input type="checkbox"/> GM1 ガングリオシドーシス	<input type="checkbox"/> vWD フォンヴィレブランド病	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> HC 遺伝性白内障	<input type="checkbox"/> FN 家族性腎症	<input type="checkbox"/> DM 変性性脊髄症	<input type="checkbox"/> HUU 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> HD 股関節形成不全	<input type="checkbox"/> イベルメクチン中毒/MDR-1遺伝子変異		<input type="checkbox"/> ゴールデン・レトリバーのPRA : <input type="checkbox"/> PRA1 <input type="checkbox"/> PRA2 <input type="checkbox"/> prcd	
<input type="checkbox"/> PRA 進行性網膜萎縮症	<input type="checkbox"/> CEA コリー眼異常																
<input type="checkbox"/> CL セロイドリポフスチン症	<input type="checkbox"/> TNS 遺伝性好中球減少症																
<input type="checkbox"/> GM1 ガングリオシドーシス	<input type="checkbox"/> vWD フォンヴィレブランド病																
<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> HC 遺伝性白内障																
<input type="checkbox"/> FN 家族性腎症	<input type="checkbox"/> DM 変性性脊髄症																
<input type="checkbox"/> HUU 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> HD 股関節形成不全																
<input type="checkbox"/> イベルメクチン中毒/MDR-1遺伝子変異																	
<input type="checkbox"/> ゴールデン・レトリバーのPRA : <input type="checkbox"/> PRA1 <input type="checkbox"/> PRA2 <input type="checkbox"/> prcd																	
【備考】 ◎愛犬の気になる様子や症状等について ご記入ください。																	

【検査窓口】 動物病院の確認・受付印	
-----------------------	--

◎この申込書にご記入いただいた内容は、株式会社VEQTAが管理し、犬の遺伝疾患検査関連以外の目的には使用致しません。

【検査施設・検体送付先】
株式会社VEQTA 大阪ラポ
〒590-0906 大阪府堺市堺区三宅町4-230

【検査元】
株式会社VEQTA
URA: <http://www.veqta.jp>

