

BSE 検査有無の判定理由 (該当項目いずれかひとつに☑)	BSE 検査の有無 (いずれかに○)
<input type="checkbox"/> 死亡前の状況が不明 <input type="checkbox"/> BSE の特定症状や中枢神経症状を認める <input type="checkbox"/> 起立不能である <input type="checkbox"/> BSE 関連症状（行動変化など）を認める	有
<input type="checkbox"/> 起立不能だが、科学的手法により BSE 以外の疾病と確定診断できる (例：血液生化学検査により低 Ca 血症と診断) <input type="checkbox"/> 起立不能だが、骨折・脱臼など臨床検査で原因が明らかである <input type="checkbox"/> BSE 関連症状を認めるが、感染症や腫瘍など、原因が明らかである <input type="checkbox"/> BSE の特定症状、起立不能及び関連症状を認めない	無

検 案 書				
畜主又は管理者住所				
氏 名				
家畜の種類	品種	生年月日	性別	毛色・特徴
牛		令和 年 月 日	雄・雌・去	
名 号		個体識別番号		
病 名				
発病月日	令和 年 月 日	初診日	令和 年 月 日	
終診月日	令和 年 月 日	転帰月日 (死亡月日)	令和 年 月 日	
死亡場所				

上記の通り検案する。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

診療所名

獣医師