

基礎臨床情報シート

Ver3.2

まず「DM の遺伝子検査について」をお読みください。

検査費用は無料です。

このシートは血統書と一緒に下記アドレスまでメールでお送りください。

Kobatake.yui.h1@f.gifu-u.ac.jp

岐阜大学応用生物科学部獣医内科学研究室

小島 結

このシートは鹿児島大学には送らないで下さい。

JKC 登録番号： _____

犬の名前： _____

犬の種類（該当番号に
○を付けてください）

1. ウェルシュ・コーギー・ペンブローク
2. ウェルシュ・コーギー・カーディガン
3. その他（ _____ ）

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： 未去勢オス、去勢オス、未避妊メス、避妊メス

飼い主様の情報

氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

E メール： _____

かかりつけの動物病院の情報

動物病院名： _____

担当獣医師氏名： _____

電話番号： _____

E メール： _____

獣医師によりすでに DM と診断もしくは仮診断されていますか？ はい/いいえ

「はい」の場合：

診断を受けた日付： 年 月 日

診断に用いられた検査（該当する検査すべてに丸を付けてください）：

脊椎のレントゲン撮影	はい/いいえ
脊椎造影レントゲン検査	はい/いいえ
脊椎の CT 検査	はい/いいえ
脊椎造影 CT 検査	はい/いいえ
脊椎の MRI 検査	はい/いいえ

上記の検査で異常所見はありましたか？ はい/いいえ

「はい」の場合は詳細を記載してください。

今まで DM 以外の大きな病気にかかった事がありますか？

_____	(	年	月～	年	月まで／現在治療中)
_____	(	年	月～	年	月まで／現在治療中)
_____	(	年	月～	年	月まで／現在治療中)
_____	(	年	月～	年	月まで／現在治療中)
_____	(	年	月～	年	月まで／現在治療中)

以下の症状はありますか？「はい」の場合は、その症状が始まったのはいつごろですか？

- | | | |
|---|---|-------|
| 1. 最初の後足の動きの異常
(爪を地面にする、足の甲がひっくり返っているなど) | 年 | 月ごろから |
| 2. 後足のふらつき | 年 | 月ごろから |
| 3. 後足での起立困難 | 年 | 月ごろから |
| 4. 後足での起立不可能 | 年 | 月ごろから |
| 5. 前足のふらつき | 年 | 月ごろから |
| 6. 前足の起立困難 | 年 | 月ごろから |
| 7. 前足の起立不可能 | 年 | 月ごろから |
| 8. 呼吸障害（呼吸がしづらい等） | 年 | 月ごろから |
| 9. 排尿障害（尿失禁など） | 年 | 月ごろから |
| 10. 排便障害（便秘、脱糞など） | 年 | 月ごろから |

その他の症状がある場合には、詳細を記載してください。

ご協力ありがとうございました。