

國立嘉義大學獸醫學院附設雲嘉南動物疾病診斷中心病性鑑定掛號單

病例編號：

送檢日期： 年 月 日

畜主：	牧場名稱：	牧場地址：
	電話：	E-mail：
送檢者：	電話：	E-mail：
報告寄送方式： <input type="checkbox"/> 寄紙本至：_____ <input type="checkbox"/> 傳真：_____ <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 自取		
動物種別與品種： ()	牧場規模：Total () Sow ()	
型態： <input type="checkbox"/> 一貫 <input type="checkbox"/> 兩地式 <input type="checkbox"/> 母豬 <input type="checkbox"/> 肉豬 <input type="checkbox"/> 水簾 <input type="checkbox"/> 負壓 <input type="checkbox"/> 傳統 <input type="checkbox"/> 自配料 <input type="checkbox"/> 飼料廠：_____		
生產流程： <input type="checkbox"/> __週批分娩，每批__頭 <input type="checkbox"/> 連續式生產 <input type="checkbox"/> 肉豬每批__頭，間隔_____		
發病日期 (病程概述)：		發病數量： 死亡數量：
送檢週齡：	送檢數量：	<input type="checkbox"/> 活體() <input type="checkbox"/> 死亡時間：
臨床症狀	<input type="checkbox"/> 下痢 (顏色：____) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳/喘 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 口/鼻分泌物增加 <input type="checkbox"/> 無法站立/犬坐姿/八字腿	
	<input type="checkbox"/> 跛腳 <input type="checkbox"/> 關節腫大 <input type="checkbox"/> 震顫抽搐 <input type="checkbox"/> 皮膚病 (____)：結痂/發痘/斑疹/發紺/外傷/其他_____	
	<input type="checkbox"/> 流產 (____期) <input type="checkbox"/> 狀態：發燒/食欲不振/精神沉鬱/消瘦 <input type="checkbox"/> 突然死亡 <input type="checkbox"/> 外觀：黃疸/蒼白/皮毛粗剛	
	<input type="checkbox"/> 其他：_____	

免疫計畫 (請註明廠牌，無施打請劃X)	母豬	基礎	疫苗	廠牌	免疫次數	疫苗	廠牌	免疫次數	疫苗	廠牌	免疫次數					
			HC			PR			JE							
			ER													
	經產	群體免疫		空胎		懷孕第__天		分娩前__週		分娩前__週		分娩前__週				
		(每__月) PR		HC												
		(每__月)		JE												
	仔豬	週齡	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

藥物給予	藥物				
	用途	治療/預防____/例行	治療/預防____/例行	治療/預防____/例行	治療/預防____/例行
	時間				
	劑量				
	途徑	飼料/飲水/注射	飼料/飲水/注射	飼料/飲水/注射	飼料/飲水/注射

◎填寫越詳細，診斷越完整喔！

負責獸醫師：

肉眼病變 (家畜) ()內描述形態/顏色

病例編號：

1.	Kg/ °C	2.	Kg/ °C	3.	Kg/ °C	4.	Kg/ °C
外觀	<input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 皮毛粗剛 <input type="checkbox"/> 眼瞼水腫 <input type="checkbox"/> 消瘦 <input type="checkbox"/> _____下痢便沾附 <input type="checkbox"/> 耳翼/腹側/臀部後肢/全身/_____ : <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 痂皮 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 紅斑 <input type="checkbox"/> 外傷						
	關節腫大： <input type="checkbox"/> 跗關節 <input type="checkbox"/> 腕關節 <input type="checkbox"/> 關節囊液增多：清澈/混濁/乾酪物						

呼吸系統	鼻腔	<input type="checkbox"/> 鼻甲骨萎縮 <input type="checkbox"/> 黏膜潮紅出血 <input type="checkbox"/> 化膿性分泌物				
	氣管	<input type="checkbox"/> 黏液增多 <input type="checkbox"/> 泡沫性分泌物() <input type="checkbox"/> 化膿性分泌物				
	肺臟	<input type="checkbox"/> 纖維素樣物質附著 <input type="checkbox"/> 瀰漫性斑駁樣 <input type="checkbox"/> 肋骨壓痕 <input type="checkbox"/> 小葉間隔增寬				
		尖葉	<input type="checkbox"/> 暗紅色塌陷 <input type="checkbox"/> 觸感堅實 <input type="checkbox"/> 灰肉樣 <input type="checkbox"/> 支氣管膿汁 <input type="checkbox"/> 出血點			
		心葉	<input type="checkbox"/> 暗紅色塌陷 <input type="checkbox"/> 觸感堅實 <input type="checkbox"/> 灰肉樣 <input type="checkbox"/> 支氣管膿汁 <input type="checkbox"/> 出血點			
膈葉	<input type="checkbox"/> 膨滿具彈性 <input type="checkbox"/> 局部暗紅色塌陷 <input type="checkbox"/> 觸感堅實 <input type="checkbox"/> 局部觸感堅硬 <input type="checkbox"/> 局部出血 <input type="checkbox"/> 出血點					

心臟	<input type="checkbox"/> 左心室肥大 <input type="checkbox"/> 右心室擴張 <input type="checkbox"/> 心包囊液增多 <input type="checkbox"/> 絨毛心 <input type="checkbox"/> 虎斑心		中樞神經	大腦	<input type="checkbox"/> 腦膜出血 <input type="checkbox"/> 腦膜血管怒張 <input type="checkbox"/> 腦膜雲霧樣 <input type="checkbox"/> 萎縮/發育不全 <input type="checkbox"/> 腦迴變淺		
	冠狀溝： <input type="checkbox"/> 脂肪明膠樣 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 出血點				小腦	<input type="checkbox"/> 腦膜出血 <input type="checkbox"/> 萎縮/發育不全 <input type="checkbox"/> 腦膜雲霧樣	
	心外膜： <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 出血()					脊髓	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 脊髓鞘混濁粘連
	心內膜： <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 出血()						
	瓣膜： <input type="checkbox"/> 疣狀物 <input type="checkbox"/> 水腫增厚						

肝膽消化系統 +	肝臟	<input type="checkbox"/> 腫大 <input type="checkbox"/> 偏黃 <input type="checkbox"/> 乳斑肝 <input type="checkbox"/> 表面纖維素物質黏連 <input type="checkbox"/> 白色壞死灶 <input type="checkbox"/> 荳蔻肝 <input type="checkbox"/> 巧克力氣泡樣肝 <input type="checkbox"/> 膿瘍				
	胃	<input type="checkbox"/> 食道部潰瘍/糜爛 <input type="checkbox"/> 胃腺區黏膜面潮紅 <input type="checkbox"/> 胃腺區潰瘍/糜爛 <input type="checkbox"/> 黏膜下層水腫 內容物： <input type="checkbox"/> 凝乳塊 <input type="checkbox"/> 血塊				
	小腸	<input type="checkbox"/> 腸腔產氣 <input type="checkbox"/> 漿膜面潮紅/血管怒張 <input type="checkbox"/> 腸壁變薄 <input type="checkbox"/> 氣腫 內容物： <input type="checkbox"/> 水樣 <input type="checkbox"/> 橘黃色水樣/泡沫樣 <input type="checkbox"/> 血色/凝血塊 空腸： <input type="checkbox"/> 黏膜潮紅/出血 迴腸： <input type="checkbox"/> 黏膜潮紅/出血 <input type="checkbox"/> 增生 <input type="checkbox"/> 偽膜 腸系膜淋巴結： <input type="checkbox"/> 腫大 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 乳糜管不可見				
	迴盲瓣	<input type="checkbox"/> 鈕扣狀潰瘍 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 糜爛/潰瘍				
	結腸	<input type="checkbox"/> 盲結腸潰瘍/糜爛 <input type="checkbox"/> 黏膜潮紅/出血 <input type="checkbox"/> 結腸繫膜水腫 <input type="checkbox"/> 偽膜 <input type="checkbox"/> 腺窩膿瘍 內容物： <input type="checkbox"/> 下痢(水樣) <input type="checkbox"/> 黑色砂礫樣 <input type="checkbox"/> 血色/凝血塊 <input type="checkbox"/> 未消化飼料				

泌尿系統	腎臟	出血點： <input type="checkbox"/> 皮質 <input type="checkbox"/> 髓質 <input type="checkbox"/> 皮髓質交界處 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 白斑/點 <input type="checkbox"/> 髓質尿酸鹽結晶 <input type="checkbox"/> 囊腎		體腔	胸腔	胸水： <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 纖維素物質黏連	
	膀胱	<input type="checkbox"/> 黏膜潮紅 <input type="checkbox"/> 出血點 <input type="checkbox"/> 膿樣分泌物			腹腔	腹水： <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 纖維素物質黏連 <input type="checkbox"/> 脾臟扭轉 <input type="checkbox"/> 膿瘍 赫尼亞： <input type="checkbox"/> 肚臍 <input type="checkbox"/> 會陰	

淋巴系統	扁桃腺	<input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 潰瘍灶				
	脾臟	<input type="checkbox"/> 腫大 <input type="checkbox"/> 鬱血 <input type="checkbox"/> 邊緣呈現鋸齒樣 <input type="checkbox"/> 表面纖維素黏連 <input type="checkbox"/> 梗塞				
	淋巴結	腫大： <input type="checkbox"/> 顎下 <input type="checkbox"/> 氣管支氣管 <input type="checkbox"/> 縱膈 <input type="checkbox"/> 內腸骨 <input type="checkbox"/> 鼠蹊				
		潮紅： <input type="checkbox"/> 顎下 <input type="checkbox"/> 氣管支氣管 <input type="checkbox"/> 縱膈 <input type="checkbox"/> 內腸骨 <input type="checkbox"/> 鼠蹊				
化膿： <input type="checkbox"/> 顎下 <input type="checkbox"/> 氣管支氣管 <input type="checkbox"/> 縱膈 <input type="checkbox"/> 內腸骨 <input type="checkbox"/> 鼠蹊						

其他病灶

懷疑疾病：