

CASE REPORT FROM: DISSEMINATED IDIOPATHIC MYOSITIS

※報告者の名前と住所は、英文もあわせて御記入ください

※症例毎に1枚御使用ください

※FAXの場合は0422-54-5537にお送りください。

報告日	年	月	日	報告者	
獣医師					
動物病院の名前					
住所					
電話番号				FAX	
E-メール					
フェレットの名前					
診断時の年齢（年と月）				フェレットの色	
出生地（購入場所）					☐ 不明
飼育状態（1頭のみ）				（多頭飼育）	
（保護・飼い主不明）				（不明）	

他のフェレットと最後に接触した期間があるか（どの位）

どんな食事を与えているか（商品名）

予防接種の時期

身体検査/臨床検査の結果（最も高い値と低い値）

発熱	あり・なし	度			
倦怠感	あり・なし	食欲不振	あり・なし		
体重の変化					
虚脱感	あり・なし	どんな感じか			
痛み	あり・なし	どんな感じか			
白血球増加				百分比	
貧血	Hgb	Hct	RBC	MCV	MCHC
CPK	AST	ALT	Bili		
培養					

他の検査の結果

初めの症状

どここの筋肉に影響

四肢

食道

胃腸

膀胱

心臓

その他の筋肉

病理学所見

生検の結果

検死の結果

病理検査所の名前と連絡先

治療法（わかる範囲で、名前、量、経路、期間も記入）

対症療法（支持療法） した・しない

抗ウイルス剤 使用・非使用

抗生物質 使用・非使用

その他の薬剤 使用・非使用

治療に反応したか はい・いいえ・不明

その反応した期間

死亡した場合の生存期間

臨床検査の反応 はい・いいえ

その反応した期間

その変化の様子

その結果

その他のコメント、補足する資料や情報