


## ■ ネオスポラ (*Neospora caninum*)

項目名	検査材料	送付方法	所要日数	検査方法	検査項目の説明、注意事項
ネオスポラ抗体	 血清（血漿） 0.05mL	 常温 冷蔵	5日 以内	ELISA	1. 本検査の実施には帯広畜産大学原虫病研究センターのご協力をいただいております。

## ■ トキソプラズマ (*Toxoplasma gondii*)

▶40ページの「猫感染症検査」トキソプラズマの欄をご参照ください。

## ■ 狂犬病

項目名	内容	検査材料	送付方法	所要日数	検査方法	検査項目の説明、注意事項
狂犬病抗体 A	抗体検査のみ	 血清 0.5mL	 冷蔵	15日 以内	FAVN	<ol style="list-style-type: none"> <li>判定基準は 0.5IU/mL 以上です。</li> <li>検体は弊社にお送りください。</li> <li>ワクチン接種から1～2週間後の血清をお送りください。</li> <li>検査実施は一般財団法人 生物科学安全研究所 (RIAS) が行います。 検査の内容及び結果の解釈など本検査の学術的な質問については RIAS までお問い合わせください。 Tel : 042-762-2819</li> <li>本検査に対応していない依頼書の場合は備考欄に狂犬病抗体検査 A または B と記載してください。</li> <li><b>過度な溶血は検査できません。</b></li> <li><b>検査無料券はこの検査ではお使いいただけません。</b></li> </ol>
狂犬病抗体 B	抗体検査 + 検査証明書					

### ❗ 狂犬病抗体 B(抗体検査+検査証明書) ご依頼の場合の注意事項

- 1 狂犬病抗体検査証明書（兼申請書）の用紙に必要事項をご記入の上、必ず検体（血清）と同封してお送りください。
- 2 本申請用紙は弊社ホームページからダウンロードいただくか、お電話等でご請求ください。
- 3 **本書と検体を別送された場合は証明書の発行はできません**のご注意ください。
- 4 検査結果によっては再検査を行うことがあり、判定に時間がかかる場合があります。
- 5 **このため、海外渡航を目的として検査を依頼される場合は、時間的余裕をもって検査をご依頼ください。**  
1ヶ月前に検査依頼されることをお勧めします。
- 6 検査報告書は弊社から郵送または FAX でお送りいたします。
- 7 **証明書は検査結果報告書とは別便で RIAS から飼い主様に郵送させていただきます。**  
申請書については郵送のみの対応となります。
- 8 次ページに検査証明書の記入例がありますのでこちらを参照の上、ご記入いただきますようよろしくお願いいたします。

# 狂犬病抗体検査証明書 (兼 申請書) の記入方法

**狂犬病抗体検査証明書  
(兼申請書)**

一般財団法人生物科学安全研究所  
252-0132 神奈川県相模原市緑区橋本台 3-7-11  
TEL 042-762-2819 FAX 042-762-7979  
E-mail: rabies@riasbt.or.jp (狂犬病抗体検査専用) / rbt@riasbt.or.jp  
URL: http://www.riasbt.or.jp/ (研究所 HP) / rbt

---

1. 動物1匹につき1枚の本書類を使用して下さい。「動物種」欄は該当する□にレ印を付けて下さい。  
2. 血清 (血漿不可) は最低0.5mLを準備し、血清のラベルに動物のマイクロチップ番号を明確に標記して下さい。  
3. 血清の送付は容器の破損・漏れのないように梱包し、本申請書と共に冷蔵でお送り下さい。  
4. 血清は平日に到着するようにお送り下さい。  
5. 獣医師のサインがない場合は証明書が発行できません。必ず獣医師にサインをしてもらって下さい。

---

検査委託先：一般財団法人生物科学安全研究所

---

検体送付先：本証明書(兼申請書)に必要な事項をご記入の上、必ず検体(血清)を同封し下記までお送りください。  
本書と検体を別送された場合は証明書の発行はできません。  
〒563-0011 大阪府池田市伏尾町103 マルピー・ライフテック株式会社  
TEL: 072-753-0335

---

検査費用：13,000(検査料金+証明書代) (消費税込: 本体価格12,037円) (送料別)

---

所有者記入欄

依頼日：2015年5月15日 出国予定日： 年 月 日

---

名前： ■■■■■■

住所： ●●県△△△市□□丁目0-0  
〒000-0000 TEL&FAX: 00-000-0000

---

担当獣医師記入欄

診療所及び  
担当獣医師の  
名前 ○△□動物病院 獣医師 ●●●●

獣医師のサイン  
及び日付： ○○○○ 2015/5/15

住所： ●●県△△△市□□丁目0-0  
〒000-0000 TEL&FAX: 00-000-0000

---

動物の詳細

動物種： 犬 猫 その他( )

品種・名前： 雑種 名前： ●●●●

生年月日： 2014年12月1日

マイクロチップ番号： 123456789012345

埋め込み年月日： 2015年4月15日

送付血清の採血日： 2015年5月15日

---

目付	ワクチン名称	有効免疫期間	ワクチン製造会社	ロット番号
2015/4/	狂犬病TCワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年	●●●	1234
2015/5/1	狂犬病TCワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年	▲▲▲	5678
		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		

---

研究所使用欄

検査方法：蛍光抗体ウイルス中和試験(FAVN) 左記のとおり、検査成績を証明します。(抗体価の基準は 0.5IU/mL 以上です)

一般財団法人生物科学安全研究所

---

検体受領日 年 月 日 受付番号 R..... 証明書発行日 年 月 日

**Microsoft Word** ファイルに直接入力して作成いただいても結構ですが、獣医師のサイン及び日付の欄は必ず自署して下さい。

※Microsoft Wordファイルをご希望の場合は、マルピー・ライフテック(株)までご連絡ください。

- ① 血清を送付する日をご記入下さい。
- ② 出国予定日が未定の場合は、あるいは出国予定がない場合は空欄のままです。
- ③ 証明書が発行される時期に、確実に証明書を受け取れる住所をご記入下さい。海外へ引越される場合、引越し先である海外の住所でも結構です。
- ④ 必ず自署し、日付をご記入下さい。
- ⑤ 動物種と生年月日は必ずご記入下さい。(保護犬など)正確な生年月日が不明の場合、「年」だけをご記入下さい。
- ⑥ マイクロチップ(MC)番号が正確に転記されているかご確認下さい。MCに付属の番号シールを貼付いただいても結構です。
- ⑦ 埋め込み年月日と採血日は、ワクチン接種日と並んで、処置が検疫規則に則っているかどうか確認の上で重要な項目ですので、記入漏れのないようお願いいたします。
- ⑧ 直近3回分をご記入下さい。
- ⑨ ワクチンを接種した動物病院等にお問い合わせいただき、必ずご記入ください。
- ⑩ 集合注射などで、ワクチンの名称がわからない場合は、「狂犬病不活化ワクチン」または「狂犬病TCワクチン」とご記入下さい。
- ⑪ 国内で使用されているワクチンであれば、有効免疫期間は1年です。海外のワクチンの場合は、ワクチンを接種した獣医師にお問い合わせ下さい。
- ⑫ 不明の場合は空欄で結構です。

検査ご利用について  
病理検査  
犬ワフチンセット  
犬感染症検査  
猫ワフチンセット  
猫感染症健康セット  
猫感染症検査  
薬物検査  
生化学  
内分泌検査  
生化学検査  
内分泌検査  
その他の検査

# 狂犬病抗体検査証明書 (兼申請書)



一般財団法人生物科学安全研究所  
 252-0132 神奈川県相模原市緑区橋本台 3-7-11  
 TEL 042-762-2819 FAX 042-762-7979  
 E-mail: rabies@riasbt.or.jp (狂犬病抗体検査専用メールアドレス)  
 URL: http://www.riasbt.or.jp/ (研究所 HP アドレス)

1. 動物1匹につき1枚の本書類を使用して下さい。「動物種」欄は該当する□にレ印を付けて下さい。
2. 血清(血漿不可)は最低0.5mLを準備し、血清のラベルに動物のマイクロチップ番号を明確に標記して下さい。
3. 血清の送付は容器の破損・漏れのないように梱包し、本申請書と共に冷蔵でお送り下さい。
4. 血清は平日に到着するようにお送り下さい。
5. 獣医師のサインがない場合は証明書が発行できません。必ず獣医師にサインをしてもらって下さい。

検査委託先：一般財団法人生物科学安全研究所

検体送付先： 本証明書(兼申請書)に必要事項をご記入の上、必ず検体(血清)を同封し下記までお送りください。  
 本書と検体を別送された場合は証明書の発行はできません。  
 〒563-0011 大阪府池田市伏尾町103 マルピー・ライフテック株式会社  
 TEL:072-753-0335

検査費用： 13,000(検査料金+証明書発行代)(消費税込;本体価格12,037円)(会員料金)

所有者記入欄	依頼日： 年 月 日	出国予定日： 年 月 日
名前：		
住所：	〒 TEL&FAX：	

担当獣医師記入欄		
診療所及び 担当獣医師の 名前	獣医師のサイン 及び日付：	
住所：	〒 TEL&FAX：	

動物の詳細		
動物種：	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他( )	マイクロ チップ番号：
品種・名前	品種：      名前：	埋込年月日： 年 月 日
生年月日：	年 月 日	送付血清の 採血日： 年 月 日

日付	ワクチン名称	有効免疫期間	ワクチン製造会社	ロット番号
		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		
		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		
		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		

研究所使用欄	検査方法：蛍光抗体ウイルス中和試験(FAVN) 左記のとおり、検査成績を証明します。 (抗体価の基準は 0.5IU/mL 以上です)	一般財団法人生物科学安全研究所						
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> IU/mL								

検体受領日	年 月 日	受付 番号	R	証明書発行日	年 月 日
-------	-------	----------	---	--------	-------