



評価・登録申請書

くもれなく記入し、レントゲン写真と血統書のコピーと共に提出してください

評価・登録する犬に関する情報		
犬の名前 (血統登録名)	愛称	性別 オス・メス・オス (去勢済)・メス (避妊済)
生年月日 年 月 日	犬種	毛色
血統書登録番号	JAHD登録番号 (取得済みの場合)	
個体識別番号 <input type="checkbox"/> TATOO <input type="checkbox"/> Microchip <input type="checkbox"/> DNA	他検査機関登録番号 <input type="checkbox"/> OFA <input type="checkbox"/> GDC <input type="checkbox"/> BVA/KC <input type="checkbox"/> PennHIP <input type="checkbox"/> その他 _____ ※他検査機関の結果を同時に登録される場合は、検査結果のコピーを添付してください	
父犬の血統書登録番号	母犬の血統書登録番号	
父の父犬の血統書登録番号	母の父犬の血統書登録番号	
父の母犬の血統書登録番号	母の母犬の血統書登録番号	
同腹犬の頭数 (判れば記入して下さい)	頭	同腹犬の雄雌の頭数 雄: 頭、雌: 頭

飼主に関する情報 <input type="checkbox"/> 前回の検査以降に住所等の変更を行なわれた方はこちらに×印をしてください		
飼主の名前 (姓) (名)	住所 〒 -	
電話番号	FAX番号	e-mail

評価・登録に関する情報 (獣医師が記入してください)		
犬の体重 kg	犬のBody Condition Score 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	動物病院のカルテ番号 (必要であれば)
<input type="checkbox"/> レントゲン評価 (<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節+肘関節)		
レントゲン撮影日 20 年 月 日	臨床症状 (股関節) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価していない	
	臨床症状 (肘関節) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価していない	
保定に用いた薬剤 あり ・ なし	臨床症状 'あり' の場合	股関節; 症状の程度 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度), 症状の期間 カ月
薬品・商品名: _____		肘関節; 症状の程度 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度), 症状の期間 カ月
特記事項	レントゲンフィルムのデジタル複写 (別途500円) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

膝蓋骨脱臼登録		
触診検査日 20 年 月 日		
評価	右 <input type="checkbox"/> 脱臼なし <input type="checkbox"/> 脱臼あり	内方・外方 グレード 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	左 <input type="checkbox"/> 脱臼なし <input type="checkbox"/> 脱臼あり	内方・外方 グレード 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	臨床症状 <input type="checkbox"/> あり(右、左、両側) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価していない	
	臨床症状 'あり' の場合	症状の程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度
		症状の期間 カ月
特記事項		

動物病院名	獣医師名	
JAHD会員番号 (持っている方のみ記入)	住所 〒 -	
電話番号	FAX番号	e-mail

・私は、JAHDの検査手順に従って検査を行なったことをここに証明します。 獣医師の署名 (実筆)
 ・私は、提出するレントゲン写真、評価内容が上記の犬のものであることをここに証明します。

・私は提出するレントゲン写真が上記の犬のもであることを保証します。
 ・私はこの情報がカルテに記載され、JAHDのデータベースに登録され、この結果が遺伝性疾患に関する科学研究に用いられることを理解しています。
 ・私はこの評価の結果がJAHDの定めた遺伝性疾患の評価基準によってつけられたものであり、その結果が '合格' や '不合格' などの価値を言及するものでないことを理解しております。
 ・私はこの情報と結果が、私が認めるまでは機密が保たれるということを承知しております。

申請年月日 20 年 月 日
飼主の署名 (実筆)

・私はこの評価の結果を 公開いたします 公開いたしません

JAHD Network 診断・登録について



JAHD Network では獣医臨床と研究を行っている獣医師らによって、データを科学的に分析し、動物の遺伝性疾患を確実に減らすことを目指した活動を行っています。

現在 JAHD Network では、

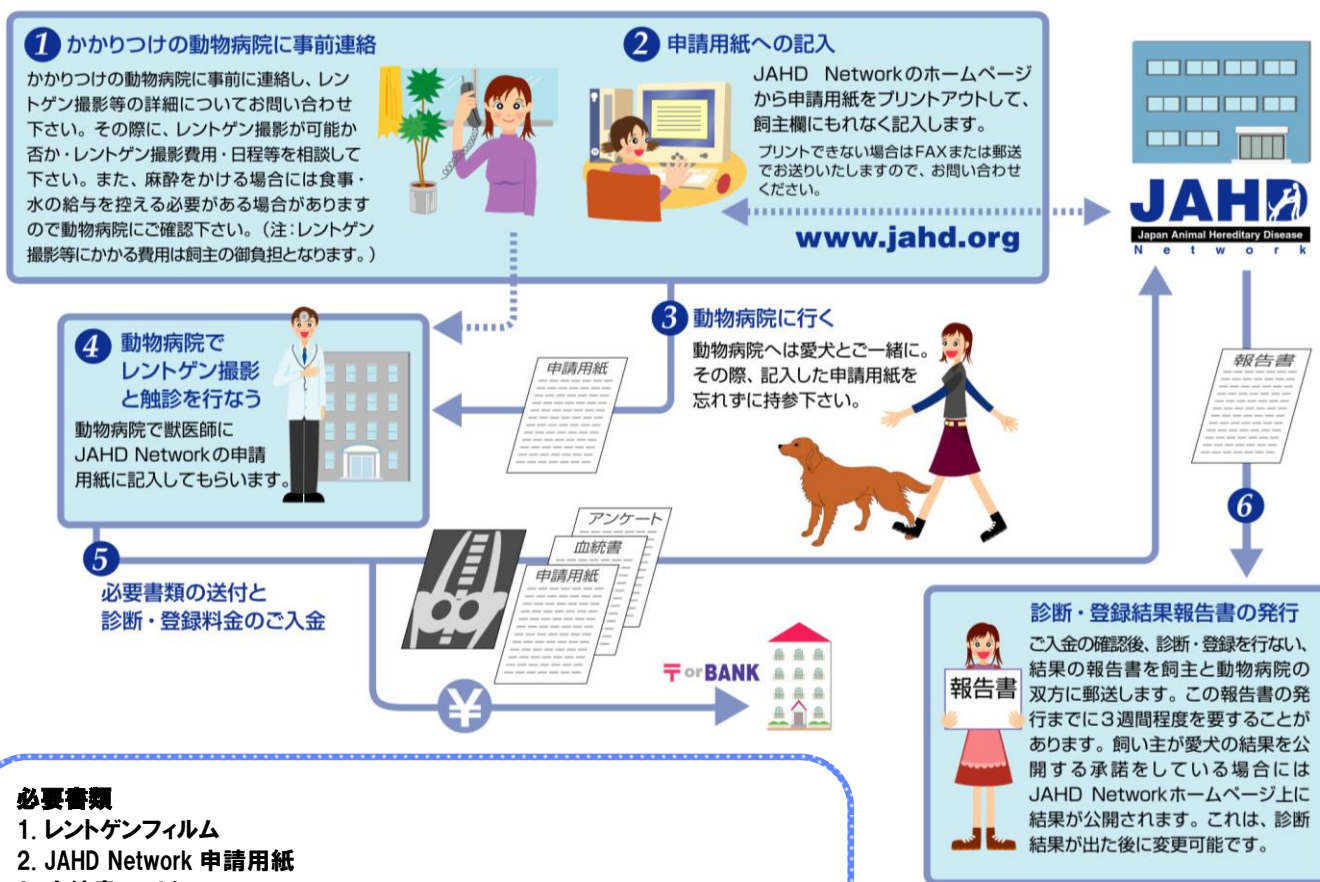
- ① 犬の股関節形成不全症
- ② 犬の肘関節異形成症
- ③ 犬の膝蓋骨脱臼

に対して、公正かつ中立的立場で診断・登録による情報提供ならびにデータベースの作成を行っています。

犬を愛する皆様のご理解・ご協力のもと JAHD Network への診断・登録件数が増えていけば、これらの疾患は、確実に減らすことが可能です。

JAHD Network の活動主旨をご理解いただき、ご支援・ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

～診断・登録の流れ～



必要書類

1. レントゲンフィルム
2. JAHD Network 申請用紙
3. 血統書のコピー
4. アンケート用紙(任意)・・・HPからプリントアウトされた場合
5. OFAなどの他検査機関で既に行われた検査結果を同時に記載する場合には、他検査機関の診断結果書類のコピーが必要です。

特定非営利活動法人日本動物遺伝病ネットワーク (JAHD network)
〒222-0033 横浜市港北区新横浜 2-5-14 WISE NEXT 新横浜 3階
TEL: 045 (285) 9367 E-mail: jahd_info@yahoo.co.jp

診断・登録料金およびご入金先口座は裏面を御覧下さい。

診断・登録方法の詳細は JAHD Network ホームページを御覧下さい。

<http://www.jahd.org>

料金表

<2004年3月1日一部改定>

<<消費税等は必要ありませんので、ここに記載された料金のみを振り込んでください。>>

		一般飼育犬			身体障害者補助犬
		1頭のみ	2頭以上(同飼主、同時)	同腹仔、同時	
股関節	診断・登録	3000円	2頭目以降 1頭につき2000円	3頭まで5000円 4頭目以降 1頭につき2000円	無料(※2)
	他検査機関の結果登録のみ※1	1500円	2頭目以降 1頭につき1000円	3頭まで2000円 4頭目以降 1頭につき1000円	
肘関節	診断・登録	2500円	2頭目以降 1頭につき1500円	3頭まで4000円 4頭目以降 1頭につき1500円	
	他検査機関の結果登録のみ※1	1500円	2頭目以降 1頭につき1000円	3頭まで2000円 4頭目以降 1頭につき1000円	
膝蓋骨脱臼	登録 (他検査機関の結果登録のみの場合も同料金※1)	1500円	2頭目以降 1頭につき1000円	3頭まで2000円 4頭目以降 1頭につき1000円	
股関節+肘関節 股関節+膝蓋骨 肘関節+膝蓋骨 股関節+肘関節 +膝蓋骨	診断・登録	4000円	2頭目以降 1頭につき3000円	3頭まで7000円 4頭目以降 1頭につき3000円	
	他検査機関の結果登録のみ※1	2000円	2頭目以降 1頭につき1500円	3頭まで3000円 4頭目以降 1頭につき1500円	

<料金一部改定のお知らせ>

2004年4月1日以降、提出されたレントゲン写真のデジタル複写(CD-ROM)を希望される場合は、現行の1頭につき500円から**レントゲン写真1枚につき別途500円に料金が改定されます**(肘関節などレントゲン写真1枚の中に複数箇所あわせて撮影されている場合は、撮影箇所が複数でもレントゲン写真は1枚分とします)。ご希望の際は、申込用紙の「希望する」に印を付け料金をあわせてお振込み下さい。また、股関節のレントゲン写真のみの複写をご希望される場合など特定のレントゲン写真の複写をご希望の場合は、希望されるレントゲン写真を欄外に明記し、そのレントゲン写真の枚数分の料金をお振込み下さい。(尚、お渡しできるまでに多少のお時間がかかります。そのため、評価結果の報告書を先にお送りする場合がございますのでご了承下さい。)

※1: JAHD Network で評価を行なっている場合には、他検査機関の結果登録を同時に行う場合、他検査機関の結果登録をあとで行う場合ともに登録料は無料で行ないます。一度 JAHD Network で評価・登録が行なわれた犬には JAHD 登録番号が付けられます。あとで他検査機関の評価結果をご登録の際は、この JAHD 登録番号を申込用紙に明記してお申し込みください。

※2: 身体障害者補助犬として JAHD に登録することを希望される方は、JAHD Network 事務局まで御一報下さい。

ご入金先口座**郵便口座**

郵便振替

記号 : 10250

番号 : 99901931

口座名義 : 特定非営利活動法人日本動物遺伝病ネットワーク
(トクテイヒエイリカツドウホウジンニホンドウブツイデンビョウネットワーク)

銀行口座

三菱東京 UFJ 銀行

店番: 123 横浜中山支店

番号: (普通)0464622

口座名義 : 特定非営利活動法人 日本動物遺伝病ネットワーク
(トクテイヒエイリカツドウホウジンニホンドウブツイデンビョウネットワーク)

御振込み手数料は負担して頂きます。振込みの確認には数日から1週間程度を要することがあります。