死亡牛届出書

裏面

年　　　月　　　日

　福島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者区分：　□獣医師　　□牛死体の所有者

　牛海綿状脳症対策特別措置法第６条第１項の規定により届出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１ 所有者氏名** | □届出者に同じ | | | | |
| **２ 所有者住所** | 〒  □届出者に同じ | | | | |
| **３ 電話番号** | （　　　　　　―　　　　　　―　　　　　　） □届出者に同じ | | | | |
| **４ 個体識別番号（10桁）** | |  | | | |
| **５ 品　　種** | □ホルスタイン種　□黒毛和種　□交雑種　□その他（　 　　　　　） | | | | |
| **６ 性　　別** | □雄　　□去勢　　□雌 | | | | |
| **７ 生年月日** | 年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　　か月齢） | | | | |
| **８ 牛の死体の所在場所** | | □所有者住所に同じ | | | |
| **９ 死亡年月日時**　　年　　　　月　　　　日　　　　時 | | | | | |
| 死体を発見した場合  　　　　死体を発見した年月日時　 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時  　　　　推定死亡年月日　　　　　 　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| **１０ 死亡時・発見時の状態** | | | |  | |
| **１１ 死亡原因（診断名）** | | | |  | |
| **１２ BSEを否定できない症状** | | | | □歩行困難　　□起立不能　　□異常歩様  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **１３ 確定診断の有無** | | | □有　□無 | | ※有の場合はBSE検査対象外のため、この用紙の作成は不要です。 |
| **１４ 治療への反応の有無** | | | □有　□無□治療無 | | ※有の場合はBSE検査対象外のため、この用紙の作成は不要です。 |
| **１５ 診断した獣医師又は**  **BSE検査の要否を判**  **断した獣医師** | | | **氏　　名：**  **電話番号：（　　　　―　　　　―　　　　）** □届出者に同じ | | |
| **１６ その他参考事項** | | |  | | |

表面

**≪死亡牛BSE検査対象牛について≫**

令和６年４月１日より、死亡牛のBSE検査対象が変更されました。

下記の①、②が検査対象ですのでご注意ください。

①**【全月齢】特定症状を呈していた死亡牛**

　　　１）興奮しやすい

　　　２）音・光・接触等に対する過敏な反応

　　　３）牛群内序列の変化

　　　４）搾乳時の持続的な蹴り

　　　５）頭を低くし柵等に押しつける動作の繰り返し

　　　６）扉や柵等の障害物におけるためらい

②**【全月齢】BSEが否定できない症状を**

**呈していた死亡牛**

例）歩行困難、起立不能、異常歩様等の非特異的な臨床症状を

呈した牛（感染症、代謝性、外傷性等の一般的な理由で説

明できるものを除く）

・　検査対象になるかを獣医師に判断してもらう必要があります。

必ず、かかりつけの獣医師（または家畜保健衛生所）にご連絡ください。

・　検査対象と判断された場合、**裏面の死亡牛届出書**を作成し、福島県中央家畜保健衛生所まで提出してください。

※　獣医師がBSE以外の疾病であると判断した場合は、

検査対象外となります。

検査の要否の判断が難しい場合やその他BSE検査に関するお問合せ先はこちら

* **BSEを疑う症状（上記①、②）を呈していた場合**

福島県中央家畜保健衛生所

電話番号：090-5844-5300　FAX番号：0247-57-6144