



次項に検査の詳細をご記入ください。

赤の欄は必須事項です。ローマ字でご記入ください。記入漏れは検査遅延の原因となります。

患者情報 (Patient Information)					
下のお名前 (First Name)	苗字 (Last Name)	<input type="checkbox"/> 男性 (M) <input type="checkbox"/> 女性 (F)	生年月日 (月/日/年) (M/D/YY)	年齢 (Age)	体重 (Weight)
住所 (Address)	市 (City)	都道府県 (State)	郵便番号 (Postal)	国 (Country)	
電話 (Phone)	Email 検査結果は医師もしくは患者へ email にて送られます				

医師・クリニック (Practitioner Information)				
名前 (First Name)	姓 (Last Name)			
クリニック名 (Institution)	電話 (Phone)	Fax		
住所 (Address)	市 (City)	都道府県 (State)	郵便番号 (Postal)	国 (Country)
Email 検査結果を医師受け取る場合は必ずご記入ください				医師署名欄

Distributor Information		
代理店名 (Distributor)	国 (Country)	電話 (Phone)

Method of Payment
<input type="checkbox"/> 上記医師に請求 Practitioner's Name: _____

**患者による支払い (以下より支払い方法を選択) (Patient Pay)**

カードによる支払い:  VISA  MasterCard  American Express  Discover  
 カード番号 CC# \_\_\_\_\_  
 有効期限 (Exp. Date) \_\_\_\_\_ セキュリティコード (Security Code) \_\_\_\_\_  
 ご署名 (Signature) \_\_\_\_\_ カードに記載された氏名 (Name on Card) \_\_\_\_\_

検査キット注文時に支払い済 4 桁の Confirmation \_\_\_\_\_-INT

オンラインでのカード払い [www.greatplainslaboratory.com/payments](http://www.greatplainslaboratory.com/payments) Transaction ID# \_\_\_\_\_

PayPalによる支払い ([payment@gpl4u.com](mailto:payment@gpl4u.com)へ返送料及び検査料金をお支払いください) PayPal ユーザー名 \_\_\_\_\_

銀行振込 海外送金をご希望の場合は以下のリンクより弊社振込先をご確認ください [www.greatplainslaboratory.com/payments](http://www.greatplainslaboratory.com/payments)  
 また、銀行振り込みのレシートを [wiretransfers@gpl-labs.com](mailto:wiretransfers@gpl-labs.com)、ヘメール送付及び、検体と共にお送りください。お振込みには、検査 料金、弊社の FedEx を使用された場合は返送料 (料金表参照)、また海外着金手数料\$40を追加してお支払いください。

お支払いをされる方 (親御様・お医者様など、患者様以外がお支払いされる場合) <input type="checkbox"/> 患者本人の場合はチェックを入れてください				
名 (First Name)	姓 (Last Name)			
Email				
住所 (Address)	市 (City)	都道府県 (State)	郵便番号 (Postal)	国 (Country)

検査結果の言語選択
<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Italian <input type="checkbox"/> Portuguese <input type="checkbox"/> German
Please note: Not all results are available in every language. If preferred choice is not available, you will receive results in English.

検査実施の承認及びキャンセル規定への同意
この申請用紙の情報に基づいて The Great Plains Laboratory が検査を行うことに同意します。この用紙の複写も原本と同様に扱うことに同意します。検査キャンセルは検体到着後 24 時間以内に申請される必要があり、24時間を超えた場合はキャンセル料が発生します。詳しくは <a href="http://www.greatplainslaboratory.com/cancellation-policy">www.greatplainslaboratory.com/cancellation-policy</a> を参照。
患者/保護者/医師署名 _____ 日付 (月/日/年・MM/DD/YYYY) _____



## 検体採取日と採取時間

尿は発送日まで冷凍されていましたか?  Yes  No

検体の採取時間と日付は必須です。

STOP

尿 URINE 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

血液 BLOOD 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

便 STOOL 1 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

便 STOOL 2 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

唾液 SALIVA 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

毛髪 HAIR 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

採取時間: \_\_\_\_\_  AM  PM

採取時間: \_\_\_\_\_  AM  PM

乾燥血液カード DRIED BLOOD SPOT 採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

複数の送料チャージを避けるために、すべての検体を1つのパッケージでご発送ください

ホルモン検査のみ

採取日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ 採取時間: 朝 \_\_\_\_\_ 昼 \_\_\_\_\_ 夕刻 \_\_\_\_\_ 夜 \_\_\_\_\_

尿は発送日まで冷凍されていましたか?  Yes  No Check any applicable:  子宮摘出術 Hysterectomy  卵巣除去 Ovaries removed

最終月経の最初の日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

## 尿 Urine

- 有機酸検査 (OAT)
- マイコトキシン検査 (カビ毒) (Mycotoxin Profile)
  - ミコフェノール酸モフェチルを服用している方は、四角にチェックをお入れください。(セルセプト/Myfortic)
- グリホサート (Glyphosate Test)
- GPL-TOX (非重金属環境毒素)
- 菌有機酸検査 (MOAT) (OAT に含まれています)
- アミノ酸検査 (Amino Acids)  朝一番  24 時間 合計採取量 \_\_\_\_\_ mL
- カルシウム+マグネシウム (Calcium + Magnesium)
- ポルフィリン (Porphyrins Profile)
- メタル尿検査 (Metals Urine) 以下追加必須項目
  - 朝一番 Random  24 時間 合計採取量 \_\_\_\_\_ mL
  - 時間設定 合計時間数  \_\_\_\_\_
  - キレート剤服用前 Pre 服用後 Post 服用量 Dosage \_\_\_\_\_

## 便 Stool

- 広範囲大便分析 (CSAP2)
- メタル便 (Metals Fecal)
  - キレート剤服用前 Pre  服用後 Post 服用量 Dosage \_\_\_\_\_
  - 患者の口内のアマルガムの有無?  No  Yes その個数? \_\_\_\_\_
- 腸内フローラ (Microbiology Test)

## 血液 Blood (血清、赤血球、全血)

- IgG フードMAP +カンジダ及び酵母菌 (血清) (IgG Food MAP)
- カビアレルギーIgE検査 (血清) (Mold IgE)
- IgE アレルギーアドバンスコンボ (血清) (IgE Adv. Comb.)
- IgE 食物アレルギー・ベーシック (血清) (IgE Food Basic)
- IgE 食物アレルギー・アドバンス (血清) (IgE Food Advanced)
- IgE 吸入アレルギー・ベーシック (血清) (IgE Inhalant Basic)
- IgE 吸入アレルギー・アドバンス (血清) (IgE Inhalant Advanced)
- メタル検査 (Metals)  全血 (WB)  赤血球 (RBC)
- アドバンスコレステロール (血清) (Adv. Cholesterol)
- 銅/亜鉛 (血清) (Copper + Zinc)
- ホモシステイン (血清) (Homocysteine)
- 鉄+総鉄結合能 (血清) (TIBC)
- 連鎖球菌抗体プロファイル検査 (血清) (Strep)
- ビタミンD (血清) (Vitamin D)

## コンビネーション及びパネル検査

パネルに必要なすべての検体を同じ発送袋に入れてお送りください

- アドバンス アセスメント パネル (AAP) (有機酸検査, GPL-TOX, グリホサート, IgG フードMAP +カンジダ及び酵母菌, メタル毛髪検査, 広範囲大便分析)
- 自閉症パネル (Autism) (有機酸検査, GPL-TOX, グリホサート, IgG フードMAP +カンジダ及び酵母菌, アドバンスコレステロール, 広範囲大便分析, メタル毛髪検査, オメガ3)
- ベーシック アセスメントパネル (BAP) (有機酸検査, GPL-TOX, IgG フードMAP +カンジダ及び酵母菌, メタル毛髪検査)
- ENVIROtox (GPL-TOX, 有機酸検査, グリホサート)
- ENVIROtox コンプリート (ENVIROtox + マイコトキシン検査)
  - ミコフェノール酸モフェチルを服用されている方は、四角にチェックをお入れください。(セルセプト/Myfortic)
- 有機酸検査 + 腸内フローラコンボ OAT + Microbiology Test Combo

## 乾燥血液カード Dried Blood Spot

- IgG フードMAP +カンジダ及び酵母菌 (乾燥血液カード) (IgG Food MAP)
- オメガ3 (DBS1血液スポット) (Omega 3)
- ビタミンD (Vitamin D)

## 毛髪 Hair

- メタル毛髪検査 (Metals Hair)

## 唾液 Saliva

- DNA メチレーション回路プロファイル (遺伝子検査は同意書が必要です) (DNA)
- 広範囲ホルモン検査 - プラス (Hormones Comprehensive Plus) エストロン, エストラジオール, エストリオール, プロゲステロン, テストステロン, DHEA, 4xコルチゾール
- 広範囲ホルモン検査- (Hormones Comprehensive) エストラジオール プロゲステロン, テストステロン, DHEA, 4xコルチゾール

## その他 Other

\_\_\_\_\_

## 研究目的のため患者の検査データの使用を許可しますか?

Yes  No 個人を特定できる情報は除去されます

上記 Yes と答えた方は患者の当てはまる症状をご記入ください。

- ADD/ADHD  アルツハイマー (Alzh)  アスペルガー (Asper)
- 自閉症スペクトラム障害 ASD  慢性疲労 Fatigue  大腸炎 Colitis
- クロウン病 Crohn's  鬱病 Depr.  ダウン症 D. Syn  線維筋痛 Fibro.
- 過敏性腸 IBS  多発性硬化症 MS  強迫性障害 OCD
- 広汎性発達障害 PDD  精神病 Psychosis  統合失調症 Schizo.
- トレット症候群/チック障害 Tour./Tics
- その他ご記入下さい Other: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_