

赤の項目は必須事項です。ローマ字で記入してください。

患者情報(Patient Information)

名前 (First Name)										<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	
姓 (Last Name)											
住所 Address				市 City				県 Province		郵便番号 Postal	
国 Country		電話番号 Phone			生年月日 DOB (日 D/月 M/年 Y)			年齢 Age		体重 Weight	
E-mail											

保護者・責任者 Person Responsible for Charges (患者が未成年者の場合)

名前 First Name				姓 Last Name					
住所 Address				市 City		県 State/Province		郵便番号 Postal	
国 Country				電話番号 Phone					

医師について(Physician's Info)

名 First Name				苗字 Last Name				学科 Credentials			
組織・グループ Institution											
住所 Address				市 City				県 State/Province		郵便番号 Postal	
国 Country				電話番号 Phone				Fax			
E-mail											
サイン Signature											

支払い方法 Method of Payment (Required)

クレジットカード **Credit Card**

 Visa
 MasterCard
 American Express
 Discover

カード番号

有効期限 /
 セキュリティコード

カード名義人: _____ サイン: _____

医師・代理店に請求 **Bill Physician**



検査結果の言語(Language of results)

英語(E)

このリクエスト用紙の情報に基づいて検査を行うことに同意します。オリジナルのコピーを保持することをここに記します。

患者/責任者のサイン: _____ 日付 (日/月/年): _____

Internal Use Only: O ___ A ___ DE ___ C ___ MedSys # _____ F ___ M ___ E ___ I ___ DR _____

赤の項目はローマ字で記入してください。

検体情報 Patient Collection Information

採取日 Date of Collection (月 M/日 D/年 Y) ____ / ____ / ____	採取時刻 Time of Collection 午前 Morning ____ 昼 Noon ____ 午後 Evening ____ 夜 Night ____
--	---

女性患者用
Women Only

女性専用アンケート Required if Patient is Female

最後の月経日
Date of Last Menstrual Period (月 M/日 D/年 Y)
____ / ____ / ____

以下の手術を受けたことがある方は記しをつけてください。 Check any applicable

子宮切除 HYSTERECTOMY 卵巣切除 OVARIES REMOVED

検査リスト Tests Requested

ホルモン・プラス・パネル (H. Comp. Plus Panel) -

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、日内コルチゾール

ホルモンパネル (H. Comp. Panel) - エストラジオール、プロゲステロン、テストステロン、DHEA、日内コルチゾール

ホルモン・ショートパネル (H.Short Comp. Panel) - エストラジオール、プロゲステロン、テストステロン、DHEA、日内コルチゾール

検体採取日
から9日以
内に研究所
へ届くよう
に送付して
ください。

症状について (Symptom Questionnaire)

症状の頻度: 0 (ほとんどない) 1 (ごくたまに) 2 (よくある) 3 (頻繁)

(例) よく心配・不安になるときがある場合, 「2」を塗りつぶしてください。: 0 1 **2** 3

集中力不足 Difficulty Concentrating	0 1 2 3	心配症 Excess Worry	0 1 2 3	便秘 Constipation	0 1 2 3	コレステロールが高い High Cholesterol	0 1 2 3
物忘れ Forgetfulness	0 1 2 3	不眠症 Difficulty Falling Asleep	0 1 2 3	甲状腺腫 Goiter	0 1 2 3	体重増加による腰部の肥大 Weight Gain-Waist	0 1 2 3
不明瞭な思考 Foggy Thinking	0 1 2 3	眠りが浅い Difficulty Staying Asleep	0 1 2 3	体の冷え Cold Body Temperature	0 1 2 3	中性脂肪の増加 Elevated Triglycerides	0 1 2 3
涙もろい Tearful	0 1 2 3	スタミナの減少 Decreased Stamina	0 1 2 3	しわがれ声 Hoarseness	0 1 2 3	性欲の減少 Decreased Libido	0 1 2 3
うつ病 Depressed	0 1 2 3	モチベーションがない Diminished Motivation	0 1 2 3	毛髪の乾燥と脆弱性 Hair Dry or Brittle	0 1 2 3	筋肉の減少 Decreased Muscle Mass	0 1 2 3
情緒不安定 Mood Swings	0 1 2 3	結合組織炎 Fibromyalgia	0 1 2 3	爪が割れやすい Nails Breaking or brittle	0 1 2 3	柔軟性の減少 Decreased Flexibility	0 1 2 3
腹部の膨満感 Fluid Retention / Bloating	0 1 2 3	耳鳴り Ringing in Ears	0 1 2 3	脈拍低下 Slow Pulse Rate	0 1 2 3	ストレスによる疲れ Burned Out Feeling	0 1 2 3
手足の冷え Cold Extremities	0 1 2 3	アレルギー Allergies	0 1 2 3	心拍数の急激な変化 Rapid Heartbeat	0 1 2 3	筋肉痛 Sore Muscles	0 1 2 3
ストレス Stress	0 1 2 3	頭痛/偏頭痛 Headaches/Migraines	0 1 2 3	粗動/動悸 Heart Fluttering /Palpitations	0 1 2 3	関節の痛み Increased Joint Pain	0 1 2 3
不安 Anxious	0 1 2 3	目まい Dizzy Spells	0 1 2 3	失禁 Incontinence	0 1 2 3	首や背中への痛み Neck or Back Pain	0 1 2 3
いらいらする Irritable	0 1 2 3	糖分が欲しくなる Sugar Cravings	0 1 2 3	ほてり Hot Flashes	0 1 2 3	骨の減少 Bone Loss	0 1 2 3
緊張 Nervous	0 1 2 3	常習行為(依存) Addictive Behavior	0 1 2 3	寝汗 Night Sweats	0 1 2 3	皮膚の薄化 Thinning Skin	0 1 2 3
精神的な鋭さの減少 Decreased Mental Sharp	0 1 2 3	衝動的行動 Poor Impulse Control	0 1 2 3	不妊問題 Infertility Problems	0 1 2 3	急な老化 Rapid Aging	0 1 2 3
朝の疲労感 Morning Fatigue	0 1 2 3	強迫性行動 Obsessive Behaviors (OCD)	0 1 2 3	にきび Acne	0 1 2 3	疼痛(とうつう) Aches and Pains	0 1 2 3
午後の疲労感 Afternoon Fatigue	0 1 2 3	アルコール、たばこ、食べ物への依存 Craving Food Alcohol,	0 1 2 3	脱毛 Scalp Hair Loss	0 1 2 3	過敏性腸症候群 IBS	0 1 2 3
夜の疲労感 Evening Fatigue	0 1 2 3	Tobacco or Other		体重増加によるお尻の肥大 Weight Gain-Hips	0 1 2 3	身長 Height (CM) _____ 体重 Weight (KG) _____	

女性 (Women Only)		男性 (Men Only)	
膣の乾燥 Vaginal Dryness	0 1 2 3	敏感な乳房 Tender Breasts	0 1 2 3
生理不順 Irregular Periods	0 1 2 3	繊維嚢胞性乳房 Fibrocystic Breasts	0 1 2 3
子宮筋腫 Uterine Fibroids	0 1 2 3	顔や体の毛の増加 Increased Facial / Body Hair	0 1 2 3
前回の月経の日(月/日/年) Last Menses ____ / ____ / ____ (M/D/Y)		尿の流れの減少 Decreased Urine Flow	0 1 2 3
		頻尿 Increased Urinary Urge	0 1 2 3
		前立腺の問題 Prostate Problems	0 1 2 3
		勃起の減少 Decreased Erections	0 1 2 3

ホルモン剤の使用 (Hormone Use)					
過去2ヶ月内に摂ったホルモン剤について、記入してください。List all hormone(s) you have used in the past two months (see example).					
もし何も服用していない場合は、ここをマークしてください。(If none are used, check here): <input type="checkbox"/>					
ホルモン療法 HORMONE THERAPIES	例 Example	1	2	3	4
ホルモンの名前 Name of Hormone	テストステロン				
ブランド・会社名 Brand or Source	配合/複合 Compounded				
服用方法 Delivery	外用 Topical				
服用量 Amount (mg)	1袋 (mg)				
採取前に服用した月日と時間帯 Date & Time Last used prior to sample collection	月 M / 日 D / 年 Y 8 : 30 <input checked="" type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM	___ / ___ / ___ ___ : ___ AM PM
利用回数 How Often	一日一回/毎日 Once a day / every day				
利用期間 How Long Used	10ヶ月間 For 10 months				
あなたの世帯で外用ホルモン剤を服用している人はいますか? (Does anyone in your household use topical hormones?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
コメント: (please do not use additional sheets of paper)					

キット取り扱い説明書

重要：検体を採取する前に、説明書を読んでください。

キットと採取時刻

一日のうちに4回唾液を採取してください。

- 1 赤の容器(朝食前)
目覚めてから30分後
- 2 緑の容器(昼食前)
- 3 黄色の容器(夕食前)
- 4 青の容器(就寝前)
夕食の一時間後が望ましい

採取後の発送準備

1

書類に記入する

- テストリクエスト用紙(表と裏)
- 透明の検体バックにも患者名、採取日と時刻を記入



記入漏れがあると、検査プロセスが遅れるので、全て記入するようにしてください。

2

発送準備

- チューブの蓋をしっかり閉める
- バックに必要な情報を全て記入する
- バックの開け口に封をする
- ストローは入れない



3

キットの箱へ入れるもの

- 全て記入されたテストリクエスト用紙
- 唾液の検体4つが入ったジップロックバック



4

箱を閉める

- 同封してある透明のシールを箱の開け口に貼って閉じる
- 他にテープを貼る必要なし
- 検体が入った箱は、発送まで冷凍庫で保存



検体採取方法



検体採取前に、採取方法と裏に記載されているガイドライン全て読んでください。

採取前の準備

- 唾液を採取する前に、手を洗い、水でうがいをしてください。
- 唾液を採取する前日の夜は、顔を洗ってください。前日の夜と採取日の朝は、あまりローションやクリームなどはつけないでください。(唾液に混ざると検査に影響が出るため)
- 唾液を採取する30分前に、歯を磨いたり、フロスを使ったりしないでください。口内がわずかに出血したりすると、結果に影響が出ます。
- 朝一番の唾液採取はとても重要です。ベッドから出て30分後ではなく、目が覚めてから30分後に唾液を取るようにしてください。
- 唾液採取の1時間前は食事は控えてください。口に残る食べ物によって、唾液を汚染することがあります。

唾液採取

- 備え付けのストローは、唾液を採取するときに利用してください。
- それぞれのチューブに4分の3の唾液を採取してください。泡や気泡になっても構いません。
- 4つのチューブ全てに唾液を採取してください。
- ストローは利用後は破棄してください(返送する必要はありません)。

裏に記載されてある「ガイドライン」を読んでください。



検体採取日から
9日以内に
研究所へ届くように
送付してください。

5

裏面の「発送方法」
をご覧ください。





検体採取におけるガイドライン

ホルモン剤を服用中の女性・男性：

(エストロゲン、プロゲステロン、テストステロン、DHEA)

- 外用ホルモン(クリーム)：外用ホルモン剤は唾液採取日には利用しないでください。このホルモン剤は、サンプルや検査結果にも影響を及ぼす可能性があります。唾液採取の12～24時間前は、ホルモン剤服用は避けてください。
- 舌下ホルモン剤やトローチ(舌で解ける)：舌下ホルモン剤は検体採取日には利用しないでください。舌下ホルモン剤は、サンプルや検査結果にも影響を及ぼす可能性があります。唾液採取の12～36時間前は、ホルモン剤服用は避けてください。
- 経口ホルモン剤(ピル)：採取日に、処方箋に沿って服用してください。
- 注入、皮下小丸薬、経皮パッチ：処方されている期間の半分が経過した時点で、検体採取してください。

ホルモン剤を服用していない男性：

- 都合の良い日に検体を採取してください。採取前に、採取方法やガイドラインをしっかりと読んでください。

コルチゾールサプリメント：

- 腎臓サポートのためにコルチゾールサプリメントを服用している場合は、担当医と相談してください。ベースラインのコルチゾールを検査するときは、検体採取の5日前からコルチゾール含有商品は控えるべきです。

ホルモン剤は検体と送らないでください。

月経期間中の女性：

- 唾液は月経サイクルの19、20、21日目に採取してください。(月経1日目がサイクル1日目とします)

更年期の女性／子宮摘出手術をした女性：

- 都合の良い日に唾液を採取してください。

子宮内避妊具をもつ女性：

- ガイドラインに沿って検体を採取してください。

→ 発送方法

1

EMSの伝票に、お客様の名前、住所、電話番号などの必要事項を記入してください。伝票にトラッキング番号があるので、荷物の配達状況を追跡したい方は、番号を控えてください。



2

2枚のコマーシャルインボイス(商品状)に記入してください。このインボイス(計2枚)は税関を通るときに必要なものです。忘れずに記入してください。



3

EMSの伝票をEMS返信用封筒に貼付けしてください。

* コマーシャルインボイス(2枚)とインボイス納入袋は同封しないようご注意ください。

4

全ての準備が整いましたら、集荷依頼の電話連絡をしてください。EMSの集荷依頼の連絡先：フリーダイヤル 0120-5931-55

*当日集荷の受付時間は通常16:00までですが、地域により異なりますので事前にご確認ください。

5

集荷担当者に、①EMS返信用封筒 ②コマーシャルインボイス2枚 ③インボイス納入袋を一緒に提出してください。

なお、郵便局に直接行って検体を発送することもできます。その際は、上の3点を郵便局へもって行ってください。

*返送の際のEMS送料はお客様負担となります