

# 尿検査キット、毛髪キットの使い方

まず、キットが届いたら内容を確認してください。

中に入っているのは検査申込用紙（箱の外の場合もあります）、検査手順の説明書（日本語訳は PDF で送ります）、バイアル 1 本と紙の入ったジプロックバッグ、保冷剤、銀色の袋。FedEx のシールと袋が入っている場合もありますが必要ありません。

1.検査日をざっくりと決めます。

まず、Fedex で何曜日に出せば、何曜日に届くかを確認してください。

お勧めは月～水です。

これは Fedex にアカウントがなくても

検体の受付は月曜日から金曜日です。

到着日が土日やアメリカの休日にぶつからないように気を付けてください。

アメリカの休日は

1 月 1 日

1 月の第三月曜日、

2 月の第三月曜日

5 月の最終月曜日

6 月 19 日

7 月 4 日

9 月第一月曜日

10 月第 2 月曜日

11 月 11 日

11 月第四木曜日

12 月 25 日～1 月 1 日

日曜日の場合は翌日の月曜日が振り替えでお休みです。

# Great Plains Laboratory の検査申込書の記載の仕方

尿有機酸検査 (OAT) と毛髪検査がこの会社です。

表

検査申請用紙 International Japanese

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/YYYY)	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)					
<input type="checkbox"/> カードによる支払い: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> 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) _____					
<input type="checkbox"/> 検査キット注文時に支払い済 4桁の Confirmation _____-INT					
<input type="checkbox"/> オンラインでのカード払い <a href="http://www.greatplainslaboratory.com/payments">www.greatplainslaboratory.com/payments</a> Transaction ID# _____					
<input type="checkbox"/> PayPalによる支払い (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 _____					
<input type="checkbox"/> 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 <a href="http://www.greatplainslaboratory.com/payments">www.greatplainslaboratory.com/payments</a> また、銀行振り込みのレシートを <a href="mailto:wiretransfers@gp-labs.com">wiretransfers@gp-labs.com</a> へメール送付及び、検体と共に送付ください。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時間を越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) _____					

全てローマ字で  
記入してください

住所は  
1-2-3, Nagatacho,  
Nagataku, Tokyo  
というように番地から記載。

体重はKgという単位も必ず記載



裏 全てローマ字で記載してください。

どの検査でも全てに共通ですが年月日（検査日も誕生日も）は月/日/西暦 で記載してください。

検体採取日と採取時間

尿は発送日まで冷凍されておりましたか?  Yes  No  
 検体の採取時間と日付は必須です。

**OAT (尿検査) の場合はここに 2022年1月3日なら01/03/2022と**

**毛髪検査の場合はここに 月/日/西暦**

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

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おりましたか?  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) (76) **尿検査の場合ここに✓**

マイコトキシン検査 (カビ毒) (11, Mycotoxin Profile)  
 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)

グリホサート (Glyphosate Test)

GPL-TOX (173 非重金属環境毒素) (18)

菌有機酸検査 (MOAT) (21) (OATに含まれています)

アミノ酸検査 (43, 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 (38, 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 \_\_\_\_\_

**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 (192) (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)

**便 Stool**

広範囲大便分析 (CSAP2)

メタル便 (13, 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)

**毛髪 Hair**

メタル毛髪検査 (39) (Metals Hair) **毛髪の場合ここに✓**

**血液 Blood (血清、赤血球、全血)**

IgGフードMAP+カンジダ及び酵母菌 (192) (血清) (IgG Food MAP)

カピアレリギー-IgE検査 (血清) (Mold IgE)

IgE アレルギー-アドバンスコンボ (93 foods & 69 inhalants) (血清) (IgE Adv. Comb.)

IgE 食物アレルギー-ベーシック (25) (血清) (IgE Food Basic)

IgE 食物アレルギー-アドバンス (93) (血清) (IgE Food Advanced)

IgE 吸入アレルギー-ベーシック (36) (血清) (IgE Inhalant Basic)

IgE 吸入アレルギー-アドバンス (69) (血清) (IgE Inhalant Advanced)

メタル検査 (Metals)  全血 (20, WB)  赤血球 (18, 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)

**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.

トウレット症候群/チック障害 Tour./Tics

その他ご記入下さい Other: \_\_\_\_\_

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

**研究目的に使われても良  
 いならYesに✓  
 嫌ならNoに✓  
 Yesの場合、病名にも✓  
 どちらの場合も署名**

## 輸出用の書類：

全てローマ字で記載してください。住所の記載も前述の通りです。

連絡先は空欄でよいです。コピーが必要です。

**検査採取日がおおよそ決まったら連絡してください。**

**尿有機酸**のおしっこは6時間以上、冷凍してください。

保冷材も冷凍し、一緒に銀色の袋に入れて青い箱ごと発送してください。

やり直したい場合は、容器を水で洗って乾かして、やり直してもらえばよいです。

**年月日は月/日/西暦で記載**

**Birthdate : 誕生日**

**Name : 名前は名・姓の順にローマ字で記載**

**Time : 集めた時刻を記載**

**am=午前、pm=午後**

**Date : 集めた日**

**例えば**

**1980年3月8日生まれの男性の**

**日本 守さんが**

**2022年10月3日 朝6:30に採尿した**

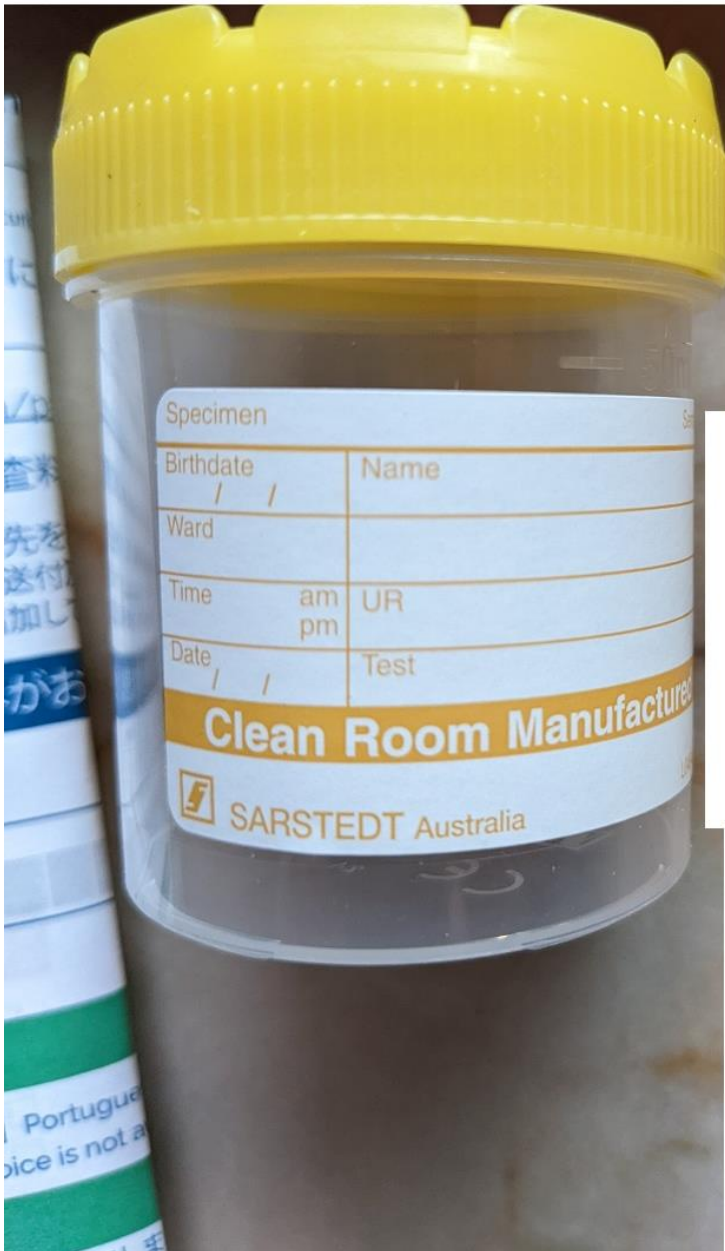
**場合**

**03/08/1980 Mamoru Nippon**

**6:30 am**

**10/03/2022**

**と記載**



# 毛髪ミネラル



**DD**  
DOCTOR'S DATA INC.

PT NAME: \_\_\_\_\_ 名前 : Mamoru Nippon

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEX:  M  F 誕生日 : 01/26/2012 性別 : M=男 F=女

DATE OF COLLECTION: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 髪を集めた日 : 12/28/2022

PHYSICIAN: \_\_\_\_\_ 医師 : Akiko Matsumoto

HEAD HAIR (preferred)  PUBIC HAIR  
 OTHER: \_\_\_\_\_ Head Hair : 頭髪 PUBIC HAIR : 陰毛

その他

WWW.DOCTORSDATA.COM

誕生日が2012年の1月26日の

日本 守さんが

頭髪を2022年12月28日に集めた場

合は下記のように記載

には✓をしてください

頭髪が困難な場合や陰毛も可。

ただし、できるだけ頭髪が望ましいので、

染毛などで頭髪にするかどうか迷っている場合は緊急性が低い場合は2-3か月待つても、

頭髪にする方が望ましいです。

黄色い封筒に入れて、尿有機酸と一緒に送ってください。

毛髪だけの場合は多少時間がかかりますが普通郵便でも構いません。

申込用紙は必要です。輸出用書類（前述）も同封してください。

**高額の検査ですので、わからないことは事前に聞いてください。**