

GI-MAP  大便検査

* 検査前日のサプリメントや投薬の制限はありません。

*** ただし、抗生物質および抗真菌薬を服用している場合は、終了から4週間後まで検査はできません。**

検体発送はFedExです。この検査ラボはDiagnostic Solutions Laboratoryです。
他の検査会社とは発送先が違うのでご注意ください。

検体容器のラベルに以下を英語表記で記入します。


Name : 氏名 (例、日本 守なら Mamoru Nippon)

I.D.# : 記入不要

Date : 検体採取日 : 月/日/西暦 (例 2022年12月3日なら 12/03/2022)


HR : 検体採取時間 (AM : 午前、PM : 午後のいずれかにも○を付けて下さい)

①新聞紙でもひいて、その上に付属の紙のトレイを乗せ、そこにをします。

②検査容器に便検体を移します。蓋にスプーンが付いています。そのスプーンで、4か所程度の色々な場所からを採取し、

ADD SPECIMEN TO THIS LINEの線まで便を入れて下さい。保存液が入っていますのでこぼさないように注意してください。

③蓋をしっかり閉めて下さい。

④30秒ほど検体容器を強めにしっかり振って下さい。

⑤付属のジップロック袋に入れます。
検査申込書をジップロック袋のポケットに入れて下さい。

⑥付属の箱に入れてください。

*もし、検体採取した日のうちに、検体発送できないようでしたら箱ごと冷蔵庫で保管して下さい。

⑦* Invoice (3か4枚) に発送日を記入し、FedEx送り状とともに配達員に渡してください。



Diagnostic Solutions Laboratory
RESEARCH. TECHNOLOGY. RESULTS.
5995 Shiloh Rd, Ste 101
Alpharetta, GA 30005
Phone: 877-465-6386
Fax: 470-299-6017
www.diagnosticsolutionslab.com

Lab Use Only
OID:246572

Practice Information
DNA Diet and Lifestyle
5610 N Frostwood Parkway
Peoria, IL 61615
Phone: 513-364-0904

Ordering Clinician
Account Number: 11999
Name: Matsumoto, Akiko
Degree: _____
Signature: _____ Date: (MM/DD/YYYY)

Billing Type (Attach Copies of All Insurance Cards, Front and Back, to Test Request Form)
 Bill Clinician

ICD Coding (#Must be Completed by Ordering Provider to File with Patient Insurance)

<input type="checkbox"/> R10.9 Abdominal Pain, unspecified	<input type="checkbox"/> K58.0 Irritable Bowel Syndrome w/Diarrhea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> R14.0 Abdominal Distention (gaseous)	<input type="checkbox"/> K58.9 Irritable Bowel Syndrome w/o Diarrhea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> R19.7 Diarrhea, unspecified	<input type="checkbox"/> K59.0 Constipation, unspecified	<input type="checkbox"/>

Test Information (Select Only One)

GI-MAP (Includes GI Pathogens and H. pylori)
87482, 87799x3, 87798 x3, 82274, 83993, 82656, 83516 x2, 83520x2

GI-MAP plus Zonulin
87482, 87799x3, 87798 x3, 82274, 83993, 82656, 83516 x2, 83520x2

GI Pathogens 87799 x3, 87798 x3

H. pylori 87799

Zonulin (Only) 83520

CPT Codes

82274 Fecal Immunochemical Testing
82656 Pancreatic Elastase, ELISA
83516 Fecal Secretory IgA, IgA Gladin, ELISA
83520 Immuno Assay quant, Eosinophil Derived Neurotoxin, Zonulin
83993 Calprotectin, quantitative ELISA
87482 DNA quant, Candida
87799 DNA quant, Giardia, E. histolytica, H. pylori
87798 AMP/roba, Taenia, M. americanus, A. lumbricoides

*** Required Information Patient Information Section**

* Patient Name: (First) _____ (Middle Initial) _____
(Last) _____

* Patient Date of Birth: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ Gender: M F

* Date Sample Collected: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

* Phone: (____) _____ - _____

* Email: _____

* Mailing Address: _____
(City) _____ (State) _____ (Zip) _____
(County) _____ (Country) _____

Patient / Responsible Party Acknowledgment

I authorize the payment of all medical benefits to be paid directly to Diagnostic Solutions Laboratory. I understand that the test(s) listed on this form will be out-of-network for my health plan and acknowledge my financial responsibility according to the applicable billing guidelines. If Diagnostic Solutions Laboratory participates with my health plan, I understand that my payment will be applied toward the patient responsibility after my health plan has processed the claim. I understand that the test ordered by my clinician may be deemed not medically necessary, experimental, or investigational by my health plan. If my insurance company denies payment for any reason, I authorize the services to be performed and to be financially responsible for

Date: (MM/DD/YYYY) ____/____/____
Signature: _____

Credit Card Type: VISA MasterCard AmEx
Card Number: _____
Exp Date: (MM/DD/YYYY) ____/____/____
CCV# _____ Billing Zip: _____
Name on Card: _____
Signature: _____
By signing this section, you are authorizing Diagnostic Solutions Laboratory, LLC to charge your card for the payment type selected.

私のサインがない場合は連絡してください。

ここに記載が必要です (詳細は次に)

*** Required Information Patient Information Section**

* Patient Name: (First) _____ (Middle Initial) _____
(Last) _____

* Patient Date of Birth: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ Gender: M F

* Date Sample Collected: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

* Phone: (____) _____ - _____

* Email: _____

* Mailing Address: _____
(City) _____ (State) _____ (Zip) _____
(County) _____ (Country) _____

例えば

1980年3月8日生まれの男性の

日本 守さんが Female : 女、 Male : 男

2022年10月3日 朝6 : 30に採取した

場合

* Required Information		Patient Information Section	
* Patient Name: (First)	M A M O R U	(Middle Initial)	
(Last)	N I P P O N		
* Patient Date of Birth: (MM/DD/YYYY)	0 3 / 0 8 / 1 9 8 0	Gender: M	<input checked="" type="checkbox"/> F
* Date Sample Collected: (MM/DD/YYYY)	1 0 / 0 3 / 2 0 2 2		
* Phone:	(0 1 2) 3 4 5 - 6 7 8 9		
* Email:	A B C D E @ F G H . I J		
* Mailing Address:	1 - 2 - 3, N A G A T A - C H O, N A G A T A - K U		
(City)	T O K Y O	(State)	(Zip) 1 2 3 - 4 5 6 7
(County)		(Country)	J A P A N



Name=名前を ローマ字で 名・姓の順に記載

Date : 日付を 月/日/西暦で記載

Time : 採取時刻を記載

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に採取した

場合

Mamoru Nippon 10/03/2022

6 : 30 am

と記載