



入っているもの

キットの箱

申込書

血液を集めるチューブ（蓋は赤い）

針 3 個

アルコール綿 3 枚

バンドエイド 3 枚

チューブを置く灰色の直方体のふわふわ

採血したバイアルを入れるオレンジの線の入ったジプロックのバック（中に吸収紙が入っている）

全血採取の方法

始める前によく読んでください。また、方法を守ってください。

採取方法が違ったり、輸送方法が間違っていると不正確になったり、結果が出なくなります。

理想的な採取方法

1. しっかり水分を摂る：採血する 30 分前に水を飲んでおく
2. 手を温める：熱くなくて温かい水で手をさすりながら洗う
3. 血流を増やす：腕をぶんぶん回し、指に血流を増やす
4. 中指か薬指の小指側を選ぶ。胼胝（たこ）のあるところは避ける。指の真ん中から集めない。バチッと刺す

5. 手を手のひら側から針を刺した部分に向かってなでる。
6. 血液をさらうのではなく、チューブにポタポタと落とす。こうするときれいな血液が集まるし、周囲が汚れない。

- ① すべての用品を平面でつるっとしたところに集める
 - A) 申込書に、名前、生年月日、採取日の全てを記入する。
 - B) 手、特に指先を温水できれいに洗う。
- ②
 - A) チューブのふたを開けて、後で使えるように置いておく。
 - B) 平らなところに、直方体で灰色のふわふわのチューブを支えるものを置いて、それにXの割れ目にチューブを立てる。
 - C) 採血直前にアルコールで消毒し（添付の酒精綿）完全に乾かす。
中指か薬指だけ！
- ③
 - A) **1**つだけ、針のねじれる部分をねじって、ふたを外して捨てる。
 - B) 心臓の位置よりも指を下げながら、針をぐっと指のきれいな硬く押し当てる。針の紫のボタンを一度だけ、カチッと音が聞こえるまで押す。指から針をどける。
- ④
 - A) チューブの上の辺に指をセットし、手のひらから指先に向けてやさしくマッサージして、血がポタッと落ちるようにする。
 - B) 血液をチューブに集める。チューブの壁でなく、底に血が落ちるようにする。
 - C) IgG テストのためには **250ul** は必要。
IgE テストあるいは IgE/IgG テストのためには **500ul** は必要。

血液が集まった後で、しっかりとふたを閉める。

冷やしたり凍結しないこと！！

灰色の直方体のふわふわは捨ててよい。

もし、ちゃんと量が集まらなかったら連絡してください。

- ⑤
 - A) 検体を入れるオレンジの線の入ったジプロックにチューブを入れて後ろ側のポケットに申込書を入れる。
 - B) 検体と申込書の入った袋を箱に入れる。
 - C) FedEx に連絡して袋をもらってください。そして Diagnostic Solution Laboratory に送ってください。トラッキング・ナンバーを控えておいてください。
検体を冷蔵したり冷凍したりしないでください。その日に送ってください。
（日曜日～水曜日に送ってください。また、アメリカの祝祭日は主に月曜日です。日本で月曜日に出すのは問題ありません。）

Diagnostic Solutions Laboratory
 5895 Shiloh Rd, Ste 101
 Alpharetta, GA 30005
 Phone: 877-485-5336
 Fax: 470-239-5017
 www.diagnosicsolutionlab.com

Lab Use Only

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

Billing Type
 Patient Cash (No insurance will be billed)
 Bill Clinician

Ordering Clinician
 Acct# 11969 NPI#
 Name: Matsumoto, Akiko Degree: MD
 Signature: **松本 明子** ←記載がない場合は連絡してください
 For professional billing please initial: _____

Test Information
 Date Sample Collected: ___/___/___ (MM/DD/YYYY)

FOUR INFORMATION
 Patient Name: _____
 Patient DOB: ___/___/___ (MM/DD/YYYY)
 Sex: Female Male
 Responsible Party Name: _____
 Relationship to Patient: Self Parent Spouse Guardian
 Address of patient or responsible party:
 Street: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____
 Phone Number: _____
 Email: _____

Credit Card Payment Authorization
 Credit Card Type: VISA Master Card AmEx
 Card # _____
 Exp Date: _____ CCRV# _____
 Name on Card: _____
 Signature: _____
 By signing this section, you are authorizing Diagnostic Solutions Laboratory, LLC to charge your card for the payment type selected.

Test Information
 IgE Allergy Explorer
 IgG Food Explorer
 IgE/IgG Combo
 過去、現在にアトピー、喘息、花粉症などアレルギーがあった場合は連絡してください。

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

Patient Information
 Patient Name: **Mamoru Nippon**
 Patient DOB: **03/08/1980** (MM/DD/YYYY)
 Sex: Female Male Female: 女, Male: 男
 Responsible Party Name: _____
 Relationship to Patient: Self Parent Spouse Guardian
 Address of patient or responsible party:
 Street: **1-2-3, Nagatacyo, Nagatoku**
 City: **Tokyo** State: **Tokyo** Zip: **123-4567**
 Phone Number: **000-123-4567**
 Email: **abc@def.gh.jk**

Test Information
 Date Sample Collected: **10.03.2022** (MM/DD/YYYY)



Diagnostic Solutions Laboratory
 5895 Shiloh Rd, Ste 101
 Alpharetta, GA 30005
 Phone: 877-485-5336
 Fax: 470-239-5017
www.diagnosticsolutionslab.com

Lab Use Only

Practice Information

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

Billing Type

- Patient Cash (No insurance will be billed)
 Bill Clinician

Ordering Clinician

Acct# 11969 NPI# _____
 Name: Matsumoto, Akiko Degree: MD
 Signature: **松本 明子**
 For professional billing please initial: _____

←記載がない場合は
 連絡してください

Patient Information

Patient Name: _____
 Patient DOB: ___/___/___ (MM/DD/YYYY)
 Sex: Female Male
 Responsible Party Name: _____
 Relationship to Patient: Self Parent Spouse Guardian
 Address of patient or responsible party:
 Street: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____
 Phone Number: _____
 Email: _____

Test Information

Date Sample Collected: ___/___/___ (MM/DD/YYYY)

- IgE Allergy Explorer
 IgG Food Explorer
 IgE/IgG Combo

過去、現在にアト
 ピー、喘息、花粉
 症などアレルギー
 があった場合は連
 絡してください。

Credit Card Payment Authorization

Credit Card Type: VISA Master Card AmEx
 Card # _____
 Exp Date: _____ CCRV# _____
 Name on Card: _____
 Signature: _____

By signing this section, you are authorizing Diagnostic Solutions Laboratory, LLC to charge your card for the payment type selected.

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

Patient Information	
Patient Name:	Mamoru Nippon
Patient	03/08/1980 (MM/DD/YYYY)
Sex:	<input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male Female : 女、 Male : 男
Responsible Party Name:	
Relationship to Patient:	<input checked="" type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Guardian
Address of patient or responsible party:	
Street:	1-2-3, Nagatacyo, Nagatoku
City:	Tokyo
State:	Tokyo
Zip:	123-4567
Phone Number:	000-123-4567
Email:	abc@def.gh.jk

Test Information

Date Sample Collected **10_03_2022** (MM/DD/YYYY)