

## 検査キットの内容

まず、検査キットの9つの構成品を確認してください。

ビニール袋の中身：色分けされた唾液チューブ4本  
(ピンク、緑、オレンジ、青)、ストロー4本

検査依頼書

検査キットボックス

患者アンケート

ふた付き断熱クーラー

アイスパック

配送用検査パック

吸水性包装シート

## 検査に向けた準備

- **重要**: 医療従事者と相談せずに医薬品やサプリメントの使用を中止しないでください。医療従事者との相談の際に「具体的な推薦事項」をガイドとしてお使いください。
- 全ての手順を注意深くお読みください。
- アイスパックを平らにして冷凍庫に入れ、試料の配送に利用できるように準備します。
- 推薦事項の表を考慮して、ご自身またはかかりつけ医が定めた日に唾液を採取してください。
- 検査キットの中にあるバーコードシートを確認して記入します。ビニール袋の透明な側にバーコードシールを貼り付けます。情報を読み取ることができ、採取日が記入され、名前が検査注文用紙に記載されているのと同じであることを確認してください。
- 検査キットパックに入っている「患者アンケート」に記入してください。
- 一日を通して検体を採取するための清潔で乾燥した場所を探してください。可能であれば、流し台や鏡がある所を選びます。

米国内にお住いの患者の方：

月曜日から木曜日に検体を採取することが重要です。そうすれば、週末に入る前に当社の検査室に試料が届きます。

米国外にお住いの患者の方：

月曜日または火曜日に検体を採取し、発送してください。

## 具体的な推薦事項

現在使用中:	必要な行動:
局所投与ホルモン(クリーム)	採取前の最後の服用は、最初の唾液を採取する12～24時間前に行い、それ以降は服用を中止する必要があります。局所投与ホルモンは検体の品質を損なうため、唾液の採取日には一日中使用しないでください。
舌下ホルモン療法	採取前の最後の服用は、最初の唾液を採取する24～36時間前に行い、それ以降は服用を中止する必要があります。最後の服用後すぐに、240ml(8oz)のコップの水を2杯飲むことを推奨します。舌下投与ホルモンは検体の品質を損なうため、唾液の採取日には一日中使用しないでください。
経口ホルモン(丸薬または錠剤)	特に制限はありません。採取日も処方どおりに使用してください。
ホルモン注射、皮下ペレット、経皮貼布	服用や注射の期日の中間点を採取日にします。  例えば、毎月1日に注射を行っている場合は、検査日をその月の14日、15日、16日、または17日に設定します。
コルチゾールまたはグルココルチコイド補充  ヒドロコルチゾンクリーム、ステロイド性抗炎症薬、ぜん息の吸入剤	副腎サポートのためにコルチゾールサプリメント(または医療目的の他のグルココルチコイド)を服用している場合は、医療提供者に相談して指示を求めてください。  ヒドロコルチゾンクリームやぜん息の吸入剤など、一部の薬品にはコルチゾールが含まれています。コルチゾールの自然な生成を高めるため、検体採取前5日間は、コルチゾール含有製品の使用を控えるようお勧めします。コルチゾール含有薬品の使用を止める前に、医療提供者に相談してください。
受胎調節のための避妊リング	特に制限はありません。都合のよい日を選んで採取してください。
ビタミン剤、その他のサプリメント	採取日に4回分全ての検体採取を完了するまで、服用しないでください。
月経周期がある女性	28日周期のうち生理の初日を1日目として数え、19～23日目の間の1日に採取を行ってください。
閉経後の女性 子宮摘出をした女性 ホルモンを使用していない男性 副腎機能プロファイルのみ(コルチゾール、sigA、および/またはDHEA) ホルモン放出型IUD*使用で無月経の女性)	月のどの日に採取しても構いません。ホルモン剤を服用しているか、コルチゾールおよび/またはメラトニン補充を行っている場合は、上記の推薦事項を読んでください。

## 検査を受ける前に

- 最初の唾液採取は、起床から30分後に行わなければなりません。必要に応じて、タイマーをセットしてください。
- 次のことをしないでください。
  - 4回分の検体を全て採取し終わる前にサプリメントを服用すること。
  - 唾液の採取前1時間の飲食。
  - 採取前30分間の歯磨き、デンタルフロス、または歯科治療。
  - 一日を通して、カフェイン入り飲食物を摂ること。
  - 「アンチエイジング」クリームの使用。
- 毎回、唾液採取前に手を洗い、水で口をゆすいでください。ただし、唾液が薄まるのを防ぐため、検体を採取するまで10分待ちます。
- 化粧品は使用しても構いません。

## 始めましょう

1. ご自身またはかかりつけ医が定めた日に唾液を採取してください。全4回分の唾液検体は、1日で採取しなければなりません。採取チューブは色分けされています。
  - 付属のストローを使って、唾液を各チューブに流し込むこともできます(任意)。ストローは発送前に破棄してください。
2. 検体を採取します。各チューブの4分の3の量まで満たす必要があります。気泡や泡沫があっても問題ありません。



3. 唾液を採取後はその都度、唾液チューブをカチッと音がするまでしっかりと閉めてください。検体をすぐに冷凍庫に入れます。検体は、発送前に4~6時間以上凍らせておく必要があります。
4. それぞれの摂取の日付と時間を袋に記入します。

## 検体の配送の準備

1. ビニール袋に貼ったバーコードラベルに記入を済ませ、検査注文（または検査依頼書）と一致していることを確認してください。
2. 凍らせたチューブとアイスパックを冷凍庫から取り出し、吸水性包装シートと一緒にビニール袋に入れて封をします。
3. ビニール袋をふた付き断熱クーラーに入れます。クーラーにふたをして、キットボックスに入れます。
4. 患者アンケートと検査依頼書の紙（オンライン登録をしなかった場合）をキットボックスに入れて閉めた後、それを配送用検査パックに入れます。
5. 検査キットに同梱されている配送手順カードを見て、採取した試料の配送方法を確認します。

！ すべての検体にラベルが付いていることを確認します。  
ラベルのない検体は拒否されます。

## 次に起こること

Mosaic Diagnosticsの検査室で受領後、検査結果はかかりつけの医師または健康管理アドバイザーに通常2週間以内に送付されます。

あなたの医師または健康管理アドバイザーは、結果をあなたと一緒に確認し、関心や懸念のある領域を特定し、適切な次のステップを提示します。

## ご質問がございましたか？

試料の採取や配送のプロセスに関するご質問がある場合、下記にお問い合わせください：

電話 | 当社のカスタマーサービスチームは、月曜～金曜の午前8時～午後5時（米国中部標準時）に800-288-0383でお問い合わせをお受けします

Eメール | [CustomerService@MosaicDX.com](mailto:CustomerService@MosaicDX.com)

検査の結果や健康への影響については、医師または健康管理アドバイザーに相談してください。Mosaic Diagnosticsの担当者は被験者またはご家族の方と直接検査結果についてお話することできません。



氏名(名) \_\_\_\_\_ ミドルネーム \_\_\_\_\_ 氏名(姓) \_\_\_\_\_ 生年月日(月2桁/日2桁/西暦下2桁) \_\_\_\_\_

**症状:**下の例にならない四角を塗りつぶして、患っている症状を表してください: **0 = なし、1 = 軽度、2 = 中度、3 = 重度**  
必ず黒または青のペンで四角を完全に塗りつぶしてください。例:  正しい    正しくない

全員

<b>0 1 2 3</b>	<b>0 1 2 3</b>	<b>0 1 2 3</b>	<b>0 1 2 3</b>	<b>0 1 2 3</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 集中力の低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 夕方の倦怠感	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 衝動を制御できない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 寝汗をかく	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 首や腰の痛み
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 物忘れの進行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 過度な心配	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 強迫的な行動(OCD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不妊の心配	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 骨量の減少
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 思考力の低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 常習的な行動	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ニキビ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚が薄くなる
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 涙もろい	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 頭髪脱毛	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 老化の加速
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 落ち込み	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> スタミナの低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 甲状腺腫	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体重増加:腰	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> うざきと痛み
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気分のムラ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> やる気が出ない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 低体温	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体重増加:ウエスト	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体液貯留/膨満感	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 線維筋痛症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 声のかすれ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> コレステロールが高い	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ストレス	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 髪が乾燥する、または弱い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 中性脂肪が高い	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 爪が割れる、もろい	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性欲の低下	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 頭痛/片頭痛	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脈が遅い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 筋肉の減少	<input type="checkbox"/> 乳がん、子宮がん、卵巣がんの 個人/家族歴
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 目まいの発作	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心拍数の増加	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 柔軟性の低下	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神的な鋭さの低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 甘い物が食べなくなる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 鼓動の乱れ/動悸	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 燃え尽きた気分	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 午前中の倦怠感	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 食物・アルコール、タバコ、 またはその他への渴望	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 筋肉痛	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 午後の倦怠感		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ホットフラッシュ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 関節痛の増加	

アミノ酸またはその他の薬を服用中

提示された時間枠内に以下のいずれかを服用した場合は、印を付けてください。

	12時間以内	12~36時間	36時間~2週間
5-HTP (5ヒドロキシトリプトファン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GABA (ギャバ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
グルタミン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
グリシン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヒスチジン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フェニルアラニン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フェネチルアミン(PEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAMe (S-アデノシルメチオニン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
テアニン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トリプトファン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
チロシン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アドレナリン含有薬品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

女性のみ

**0 1 2 3**

膣の乾燥

生理不順

子宮筋腫

乳房の軟化

乳腺線維腺腫

ひげ/体毛の増加

男性のみ

**0 1 2 3**

尿流量の減少

頻尿になった

前立腺の問題

勃起力の低下

このスペースは検査室のみ使用

12/21

