

## 梱包の準備について

1



袋の情報を全て記入してください。バーコードシールに患者様のお名前と採取日を追加してください。バーコードシールをプラスチック袋に貼付してください。ボールペンの青または黒インクをご使用ください。フェルトペンやホワイトボードマーカーはご使用にならないでください。**注意：ラベルのない検体は受理されません。**

2

患者様用アンケートにご記入の上、検査キットの箱へお入れください。

3

凍結チューブ、保冷剤、吸収性パッキングシートをビニール袋に入れ、密封してください。

4

ビニール袋を保冷バッグに入れ、バッグの蓋を開めてください。

5

保冷バッグを検査キットの箱に入れ、箱の蓋を開めてください。

6

箱を配送用ラボラトリーパックにお入れください。

7

配送方法の詳細につきましては、検査キットに同封の配送指示カードをご参照ください。

検査結果は、検体がモザイク・ダイアグノスティクスに到着してから2~3週間以内に、担当の医療従事者様へお届けいたします。

オンラインでの検体採取手順の説明書については、QRコードをご利用いただくか、[mosaicdx.com/instructions](https://mosaicdx.com/instructions) をご覧ください。



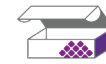
検体採取手順：  
唾液—ホルモン検査

担当医師が本検査の実施を依頼されたのは、男性も女性もエストロゲンやテストステロンといったホルモンを分泌しており、最適な健康状態を維持するにはそのバランスが重要であるためです。モザイク・ダイアグノスティクスは、この次のステップをお手伝いいたします。

### 検査キットの内容物

まず、検査キットに含まれる以下の部品を確認してください。

部品が不足している場合や期限切れの部品がある場合は、モザイクカスタマーサービス(800-288-0383)までご連絡ください。



検査キットの箱



蓋付きの保冷クーラー



問診票



吸収性梱包シート



ラボラトリー配送パック



保冷剤(すぐに冷凍庫に平らにして保管)



4つの色分けされた検体採取用バイアル

### 検体採取開始前に

ご自身および担当の医療従事者様と相談のうえ、下記および次ページの参考表を考慮して、唾液を採取する日を決定してください。

月経周期のある女性の方：	28日周期のうち、19日目から23日目の間に1日分をお取りください。なお、生理の初日を1日目として数えます。
ホルモン療法を受けていない男性 閉経後の女性 子宮摘出術を受けた女性 ホルモン剤入りIUDを使用しており 月経周期がない女性	月のどの日でもご採取いただけます。ホルモン剤を服用中の方、またはコルチゾールおよび/またはメラトニンの補充療法を受けている方は、次のページの推奨事項をお読みください。

検体は月曜日、火曜日、または水曜日に発送してください。週末に採取された場合は、検体を月曜日まで保管の上、発送してください。

\*米国外からの検体は、月曜日または火曜日に発送してください。

## 検体採取開始前に

**重要:医療従事者に相談することなく、薬やサプリメントの服用を自己判断で中止しないでください。**

以下を現在服用中の場合:

対応が必要な事項:

外用ホルモン剤(クリーム)	採取前の最終投与は、最初の唾液採取の12~24時間前までに服用し、中止してください。唾液採取当日の一日を通して局所ホルモン剤を塗布しないでください。検体が汚染される恐れがあります。
舌下ホルモン療法	採取前の最終投与は、最初の唾液採取の24~36時間前までに服用し、その後中止してください。最終投与後すぐに、8オンス(約240ml)の水を2杯お飲みください。唾液採取当日は、舌下ホルモンの使用を控えてください。検体が汚染される恐れがあります。
経口ホルモン剤(錠剤またはカプセル)	特に制限はございません。採取日当日でも、指示通りに服用していただいで結構です。
ホルモン注射、皮下パッチ	採血のタイミングは、投与または注射の間隔の中間点に合わせてください。例えば、毎月1日に注射を受けている場合、検査は14日、15日、16日、または17日に設定してください。
コルチゾールまたはグルココルチコイド補充療法(ヒドロコルチゾンクリーム、ステロイド系抗炎症薬内服剤、喘息用吸入器を含む)	副腎機能サポートのためコルチゾールサプリメント(または医療上の理由で他のグルココルチコイド)を服用されている場合は、医師にご相談の上、指示に従ってください。ヒドロコルチゾンクリームや喘息吸入器など、特定の医薬品にはコルチゾールが含まれています。ご自身の自然なコルチゾール産生を評価するため、検体採取の5日前からコルチゾール含有製品の使用を中止されることをお勧めします。コルチゾール含有医薬品の服用を中止される前には、必ず医師にご相談ください。
子宮内避妊器具(IUD)	特に制限はございません。ご都合の良い日に採取ください。
ビタミンその他のサプリメント	4検体すべての採取を完了するまでは、検体採取日には採取しないでください。
月経周期のある女性の方	28日周期の19日目から23日目の間に1日分をお取りください。なお、生理の初日を1日目として数えます。

## 検体採取の手順

最初の唾液採取は、必ず起床後30分後に行ってください。必要であればタイマーを設定してください。

### 以下の行為は控えください:

- 4つの検体を全て採取されるまでは、いかなるサプリメントも摂取しないようお願いいたします
- 唾液採取の1時間前には、飲食を一切控えください。
- 採取の30分前には、歯磨き、フロス、歯科治療などを行わないようお願いいたします。
- 一日中、カフェインを含む食品や飲料を摂取しないようお願いいたします。
- 「アンチエイジング」クリームなどの使用は控えください。
- 唾液を採取される前には、必ず手を洗い、口を水でゆすいでください。ただし、唾液サンプルの採取は10分間お待ちください(希釈を防ぐためです)。
- 化粧品の使用は可能です。

1

ご自身と担当医師が決められた日に唾液を採取してください。  
**4検体全ての唾液サンプルは、1日の中で採取する必要があります。**  
採取用チューブは色分けされています。

1

朝食前にピンクのチューブ (AM 30) にて、起床後30分以内に採取してください (タイマーを設定してください)

2

昼食前に緑のチューブ (NOON) にて採取してください

3

夕食前にオレンジのチューブ (EVENING) にて採取してください

4

就寝直前に青色のチューブ (NIGHT) にて採取してください

2

検体を採取してください。各チューブは3/4程度まで満たしてください。気泡や泡が混入していても問題ありません。

3

唾液を採取した後は、チューブのキャップをしっかり閉めてください。**検体は直ちに冷凍庫へ保管してください。**発送前に最低4~6時間以上冷凍保存してください。

4

それぞれの唾液の採取日時を袋に記録してください。

梱包の準備については、次のページをご覧ください。

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

