

(火) 検体採取

検査用の検体として血液または唾液の採取をお願いします。

＜血液の場合＞

- ・抗凝固剤としてEDTAをご使用いただき、1mL程度採血をお願いします。
- ・当日ご発送いただけるのであれば、室温での保管で結構です。
- ・翌日以降の発送になる場合は、冷蔵での保管をお願いします。
- ・封印された状態の冷蔵保存であれば1ヶ月程度は検査に影響は出ません。
→ ただし、腐敗してしまった場合は、この限りではありません。

※必要であれば、テルモ社の2mL用真空採血管を無償で供給いたします。



EDTA 採血管

抗凝固剤	EDTA	クエン酸	ヘパリン
対応	◎	○	×

- 注意点) ・抗凝固剤としてクエン酸は使用可能ですが、ヘパリンは遺伝子増幅に影響します。ヘパリン採血管のご使用はご遠慮下さい。
- ・検査での必要量は、全ての検査項目を同時に行った場合でも0.5mL程度です。ただし、真空採血管を使用した場合、採血量が少ないと抗凝固剤の濃度が高くなってしまいますので、適正量の採血をお願いします。

＜唾液の場合＞

- ・専用の採取容器を有償でご提供します。
唾液採取キット ¥3,150 (消費税込)
- ・唾液採取キット (ORAgene) に添付された取扱説明書に従い、唾液の採取をお願いします。
- ・採取後、取扱説明書に従って上部を取り外しますと、採血管と同様の大きさとなります。
- ・オレンジ色のキャップをしっかりとお閉め下さい。
- ・保存および発送は、室温で結構です。



ORAgene REF OG-310



唾液を線の位置まで約1mLいれます。

容器を垂直にして、白いキャップを閉めます。

ロート部分を取りはずします。



付属のオレンジ色のキャップをしっかりと締めてから、よく混ぜ、発送まで保管して下さい。

(水) 発送準備

＜連結可能匿名化＞

- ・ジェノマーカーは匿名検査として受託しております。
- ・お客様ごとにローマ字 (大文字) または数字で10桁までのID番号を付与し、連結可能匿名化をお願いします。

注意点) ・検査実施の電子登録システムの関係で、頭文字に「0 (ゼロ)」は使用できません。IDの設定時にはお気をつけいただきますよう、ご協力をお願いします。

- ・ローマ字と数字は混在で可能ですが、「ゼロ」と「オー」、「イチ」と「アイ」の区別をお願いします。

＜検査依頼書への記入＞

- ・検査依頼書は2枚複写となっております。[1枚目:「控」、2枚目:「G & G行 (黄)」]
- ・下記、記入例を参考にご記入いただき、1枚目はお手元に保管下さい。

記入例

No. _____

検査依頼書

お手元に保管してください。

検査依頼者	施設名 〇〇〇〇クリニック	☎ : 000-000-0000	
	担当医師 福島 太郎	FAX : 000-000-0000	
検査依頼年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
配送業者	△△運輸 (冷蔵便)		
発送日	××××年 ×月 ×日		
結果報告希望日	△△△△年 △月 △日		
結果報告方法			
検査依頼検体の種類	<input checked="" type="checkbox"/> A. 全血検体 <input type="checkbox"/> B. 唾液検体 *専用容器をお願いします。 <input type="checkbox"/> C. その他 () *事前にお問い合わせ下さい。		
検体情報	検査内容	インフォームドコンセントの確認	
ID	チェック	コード番号	検査項目
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	<input type="checkbox"/>	MT01	ミトコンドリアハプログループ検査
性別	<input type="checkbox"/>	OB01	肥満関連SNP検査
年齢	<input checked="" type="checkbox"/>	MS01	メタボリックシンドローム関連SNP検査
性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	DM01	糖尿病関連SNP検査
生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	HT01	高血圧関連SNP検査
T. G. H	<input checked="" type="checkbox"/>	MI01	心筋梗塞関連SNP検査
検体採取日	<input checked="" type="checkbox"/>	CI01	脳梗塞関連SNP検査
平成 XX年 X月 X日	<input type="checkbox"/>		
特記事項			

注意事項: 1. インフォームドコンセントの取得の確認は必ずチェックしてください。チェックがない場合は検査はできません。
 2. 検体IDは実名ではなく10文字以内の記号をお願いします。
 3. 検体が抽出したDNAの場合には、濃度を記載してください。

問い合わせ先

G&G G&Gサイエンス株式会社

〒960-1242 福島県福島市松川町美郷4-1-1
TEL. 024-537-2350 FAX. 024-537-2386

依頼者は電話番号も含め、ゴム印等でも結構です。

必ず記載をお願いします。

AまたはBにチェックをお願いします。Cの場合は、事前にご相談下さい。

連結可能匿名化で付与していただいたIDを左詰めで記載して下さい。
・頭文字が「ゼロ」ではないIDの付与をお願いします。
・「ゼロ」と「オー」、「イチ」と「アイ」等は区別できるよう、記載をお願いします。

性別、年齢はリスク評価の補正値として必要ですので、必ず記載をお願いします。生年月日は年齢の確認に使用しますので、ご記入下さい。

当日採取されたのであれば、記載の必要はありません。

弊社からお送りする荷送り票をご利用いただく場合は、記載の必要はありません。

記載がない場合、通常通りの2週間での報告とさせていただきます。

記載がない場合は、通常の形態での報告とさせていただきます。特殊な形態での報告をご希望の場合は、事前にご相談下さい。

委託していただく検査項目のチェックをお願いします。同意書に記載していただいた検査項目と相違ないか、ご確認をお願いします。

この欄のチェックがない場合、検査受託ができません。その場合、確認のためご連絡を差し上げます。

その他、ご要望、ご連絡等ご記入下さい。