

コード 医療機関名 担当医 殿

カルテ No. ※左詰めでご記入ください。

氏名 ※左詰めでカタカナまたはローマ字(大文字)でお書きください。濁点も1マス内にご記入ください。

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳

性別 男性 女性 報告追加 中国語 英語 入院外来 入院 外来

受診科 内科 外科 産科 精神 整形 泌尿 皮膚 小児 脳外 耳鼻 消化 肛門 ドック その他

採取日 20 年 月 日

採取時間 時 分

冷蔵開始 時 分

検体本数 全血数(EDTA2K) 血清数 合計本数 依頼項目数

MIRTEL ミルテル検査依頼書(汎用) 貴院控

ミルテル検査ID ミルテル顧客コード

コメント

テロメアテスト・ミアテスト (依頼を希望される検査にチェックしてください)

テロメアテスト 遺伝子ストレステスト

ミアテスト(膵がん) ミアテスト(乳がん) ミアテスト(アルツハイマー型認知症)

ミアテストプラチナ (希望される検査項目をチェックし、選択検査の場合は、依頼項目数も記入してください)

セット検査 男性セット(12種) 女性セット(13種)

選択検査

<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆のう	<input type="checkbox"/> 膵臓
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	

選択項目数

3枚複写ですのでボールペンで強く記入して下さい

枠はカタカナまたはローマ字をご記入ください。濁点も1マス内にご記入下さい。ローマ字は大文字で記入してください。

枠は数字をご記入下さい。

チェックは枠内に [/] マークして下さい。

◎ 材料欄には、ご提出材料本数を記入ください。
◎ 依頼項目数には、依頼される項目数合計を記入ください。
◎ 合計本数は、検体本数の合計を記入ください。

テロメアテスト・遺伝子ストレステスト	冷蔵・血液5ml ※全血(EDTA-2K)
ミアテスト	冷蔵・血液6ml ※血清分離用採血管
ミアテストプラチナ	冷蔵・血液6ml ※血清分離用採血管

ミルテル検査「個人情報の取得及び利用に関する同意」「検査に関する説明・同意」 説明者名

私は本検査実施に関し、「検査に関する説明・同意」の説明を受け、内容を理解した上で本検査に申し込みます。また、「個人情報の取得及び利用に関する同意」の内容についてよく理解し、個人情報の取得及び利用に関し同意します。(自署が困難な場合、代理人等に代筆をお願いします。また受検者が未成年者の場合は、親権者の方がご署名ください。)

個人情報の利用目的の一部同意しない場合は、同意しない利用目的をご記入ください。

同意しない利用目的

日付(西暦) 20 年 月 日 ご署名(自署) 本人との関係

ミルテル検査問診票 (設問の一番近いものに チェック、もしくはご記入ください) 必ず受検者ご本人がご記入ください。

1. 毎日の生活 ①毎日楽しい ②週で数日楽しい ③週で1度程度楽しい ④あまり楽しくない

2. ストレスの度合 ①ほぼ感じない ②週で1度程度 ③週で数日感じる ④毎日感じる

3. 喫煙 ①吸わない ②吸う ③やめた 約 88 年前

4. 喫煙歴 ①10年以内 ②11~20年 ③21年以上

5. 現在喫煙の方(1日平均) ①たみに吸う ②1~5本 ③6~10本 ④11~20本 ⑤21本以上

6. 飲酒 ①飲まない ②たまに飲む ③週2回以下 ④週3~5 ⑤飲まない

7. 飲酒する方(飲酒の量) ※日本酒1合の目安: ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

①1合未満 ②2合未満 ③3合未満 ④3合以上

8. 運動習慣 ①毎日意識して運動する ②週に3日以上運動する ③週に1日程度運動する ④通勤・通学で歩く程度 ⑤それ以下

9. 運動の程度 ①激しいスポーツやジムで2時間以上 ②スポーツジムで1時間程度 ③ジョギング・ウォーキングなどを1時間程度 ④軽めの散歩 ⑤それ以外

10. 睡眠時間平均 ①8時間以上 ②8時間程度 ③7時間程度 ④6時間程度 ⑤5時間以下

11. 睡眠の状態 ①寝付きは良く熟睡できる ②寝付きは悪いが熟睡できる ③寝付きは良いが熟睡できない ④寝付きは悪く熟睡もできない

12. 便秘 ①毎日複数回 ②ほぼ毎日 ③週3日程度 ④週1日程度 ⑤それ以下

13. 下痢 ①ほとんどない ②時々 ③半々程度 ④ほぼ毎日

14. 食生活 ①3食きちんと ②2食の時がある ③ほぼ2食 ④それ以外

15. 夕食後の間食 ①なし ②時々 ③いつも ①なし ②時々 ③いつも

16. 朝食抜き

17. 現在飲んでいる薬 薬名

①なし ②あり

18. サプリメントの摂取 種類

①なし ②あり

19. 治療中の病気 病名

①なし ②あり

20. 既往歴 病名

①なし ②あり

21. 職業

22. 身長 888 cm

23. 体重 888 kg

B0530002 / 1P

18.09.03 a
18.09.03 a
18.09.03 a
18.09.03 a

ミルテル検査依頼書(汎用) 控1

Header information section including hospital name, doctor name, patient name, date of birth, and contact information.

Test selection section: テロメアテスト・ミアテスト (依頼を希望される検査にチェックしてください)

Test selection section: ミアテストプラチナ (希望される検査項目をチェックし、選択検査の場合は、依頼項目数も記入してください)

Notes section: 記入上のご注意. Includes instructions for sample collection and labeling.

Table with 3 columns: Test Name, Storage/Volume, and Notes. Lists tests like テロメアテスト and their requirements.

Consent section: ミルテル検査「個人情報の取得及び利用に関する同意」「検査に関する説明・同意」. Includes signature and date fields.

ミルテル検査問診票 (設問の一番近いものに [X] チェック、もしくはご記入ください) 必ず受検者ご本人がご記入ください。

Main questionnaire section with 23 numbered questions covering lifestyle, stress, smoking, alcohol, exercise, and medical history.

色

DSS

色

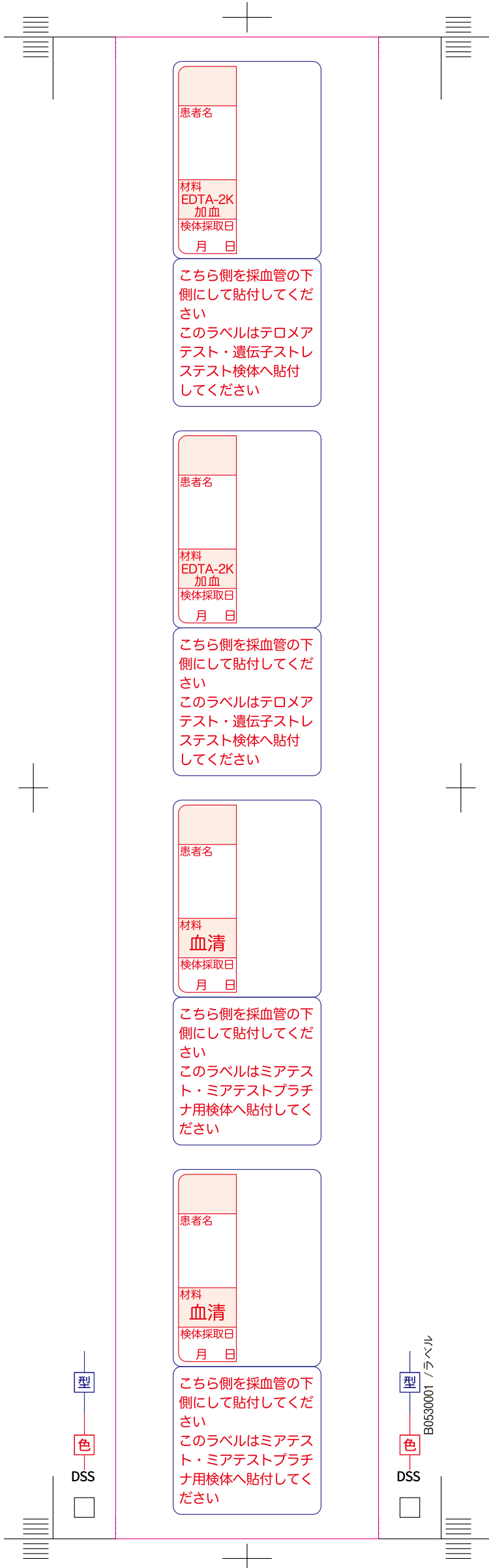
DSS

コード	医療機関名	担当医	20	年	ミルテル検査依頼書(汎用) MiRTEL控
カルテNo.	受診科	採取日	20	年	ミルテル検査ID
氏名	内科 外科 産科 精神 整形 泌尿 皮膚 小児 脳外 耳鼻 消化 肛門 ドック その他	採取時間	時	分	ミルテル顧客コード
生年月日	性別	検査開始	時	分	コメント
性別	報告追加	検体本数	合計本数	依頼項目数	チェック

テロメアテスト・ミアテスト (依頼を希望される検査にチェックしてください)		記入上のご注意
<input type="checkbox"/> テロメアテスト	<input type="checkbox"/> 遺伝子ストレステスト	
<input type="checkbox"/> ミアテスト(膵がん)	<input type="checkbox"/> ミアテスト(乳がん) <input type="checkbox"/> ミアテスト(アルツハイマー型認知症)	<p>枠はカタカナまたはローマ字をご記入ください。濁点も1マス内にご記入下さい。ローマ字は大文字で記入して下さい。</p> <p>枠は数字をご記入下さい。</p> <p>チェックは枠内に [/] マークして下さい。</p> <p>◎ 材料欄には、ご提出材料本数を記入ください。 ◎ 依頼項目数には、依頼される項目数合計を記入ください。 ◎ 合計本数は、検体本数の合計を記入ください。</p>
ミアテストプラチナ (希望される検査項目をチェックし、選択検査の場合は、依頼項目数も記入してください)		保存・材料・検体量
<input type="checkbox"/> 男性セット(12種)	<input type="checkbox"/> 女性セット(13種)	
選択検査	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮頸部	テロメアテスト・遺伝子ストレステスト 冷蔵・血液5ml ※全血(EDTA-2K) ミアテスト 冷蔵・血液6ml ※血清分離用採血管 ミアテストプラチナ 冷蔵・血液6ml ※血清分離用採血管

ミルテル検査「個人情報の取得及び利用に関する同意」「検査に関する説明・同意」	説明者名
<p>私は本検査実施に関し、「検査に関する説明・同意」の説明を受け、内容を理解した上で本検査に申し込みます。また、「個人情報の取得及び利用に関する同意」の内容についてよく理解し、個人情報の取得及び利用に関し同意します。(自署が困難な場合、代理人等に代筆をお願いします。また受検者が未成年者の場合は、親権者の方がご署名ください。)</p> <p>個人情報の利用目的の一部同意しない場合は、同意しない利用目的をご記入ください。</p>	ご本人との関係
日付 (西暦) 20 年 月 日	ご署名 (自署)

ミルテル検査問診票 (設問の一番近いものに <input checked="" type="checkbox"/> チェック、もしくはご記入ください)		必ず受検者ご本人がご記入ください。	
1. 毎日の生活	11. 睡眠の状態	17. 現在飲んでいる薬	22. 身長
2. ストレスの度合	12. 便秘	18. サプリメントの摂取	23. 体重
3. 喫煙	13. 下痢	19. 治療中の病気	
4. 喫煙歴	14. 食生活	20. 既往歴	
5. 現在喫煙の方 (1日平均)	15. 夕食後の間食	21. 職業	
6. 飲酒	16. 朝食抜き		
7. 飲酒する方 (飲酒の量)			
8. 運動習慣			
9. 運動の程度			
10. 睡眠時間平均			



患者名

材料
EDTA-2K
加血

検体採取日
月 日

こちら側を採血管の下
側にして貼付してくだ
さい
このラベルはテロメア
テスト・遺伝子ストレ
ステスト検体へ貼付
してください

患者名

材料
EDTA-2K
加血

検体採取日
月 日

こちら側を採血管の下
側にして貼付してくだ
さい
このラベルはテロメア
テスト・遺伝子ストレ
ステスト検体へ貼付
してください

患者名

材料
血清

検体採取日
月 日

こちら側を採血管の下
側にして貼付してくだ
さい
このラベルはミアテス
ト・ミアテストプラチ
ナ用検体へ貼付してく
ださい

患者名

材料
血清

検体採取日
月 日

こちら側を採血管の下
側にして貼付してくだ
さい
このラベルはミアテス
ト・ミアテストプラチ
ナ用検体へ貼付してく
ださい

型

色

DSS



型

色

DSS



B0530001 / ラベル

19.10.29 ラベル
18.08.17 ラベル