

# 1回の採血で、複数のがんのリスクを評価!

## アミノインデックス<sup>®</sup> がんリスクスクリーニング(AICS<sup>®</sup>)

**NEW**  
膵臓(すいぞう)がん  
が加わりました!

### AICS<sup>®</sup>(エーアイシーエス)とは?

AICS<sup>®</sup>とは血液中のアミノ酸濃度を測定し、健康な人とがんである人のアミノ酸濃度のバランスの違いを統計的に解析することで、現在がんであるリスク(可能性)を評価する検査です。



### ●検査の対象となるがんの種類

**男性AICS(5種)** 胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、前立腺がん

**女性AICS(6種)** 胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、乳がん、子宮がん・卵巣がん\*

\*子宮がん・卵巣がんは、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんを対象としています。いずれかのがんであるリスクについて評価することができますが、それぞれのがんのリスクについて区別することはできません。

### ●検査の結果について

項目	AICS値
AICS(胃)	8.5
AICS(肺)	3.8
AICS(大腸)	3.3
AICS(膵臓)	2.1
AICS(前立腺)	5.8

AICS<sup>®</sup>は、それぞれのがんについて、現在がんである確率を0.0~10.0の数値(AICS値)で報告します。リスクの傾向は数値が高いほど、がんである確率が高くなります。

また、このAICS値からリスクを判断する目安として、「ランクA」「ランクB」「ランクC」に分類され、がんであるリスクの傾向が3段階で示されます。

リスクとは、確率、可能性、危険性などと呼ばれているもので、がんであるか否かをはっきりと判断するものではありません。

ランク分類	ランクA	ランクB	ランクC
AICS値	0.0~4.9	5.0~7.9	8.0~10.0

低い ← がんであるリスク → 高い



### ●AICS<sup>®</sup>の結果に影響を与える可能性がある病気について

現在下記の病気にかかっている方は、AICS値に影響を与える可能性があります。検査の対象外とするものではありません。

AICS<sup>®</sup>を受診することによって、がんを発見できる機会となると同時に、下記の病気による影響で、がんではないのにAICS値が高くなりうることをご理解いただいた上で、ご受診ください。

現在までに各種AICS<sup>®</sup>の結果に影響を与える可能性が分かっている病気

- ・AICS(肺):慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、非結核性抗酸菌症、肺結核、肺気腫、無気肺
- ・AICS(前立腺):前立腺肥大、糖尿病
- ・AICS(子宮・卵巣):子宮筋腫、子宮内膜症、良性卵巣腫瘍
- ・複数のAICS<sup>®</sup>:脳梗塞



### 検査価格

25,500円(税別)

aminoindex<sup>®</sup>、AICS<sup>®</sup>は、味の素株式会社の登録商標です

SMPL 201508(3)

KKC ウェルネス東京日本橋健診クリニック

■お問い合わせ先

〒103-0015 中央区日本橋箱崎町5-14 アルゴ日本橋ビル1階

TEL. 03(5500)6777

## 注意事項

1. がんの種類によっては、年齢により評価対象外となりますのでご了承ください。

がんの種類	対象年齢
胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、膵がん	25歳～90歳
前立腺がん	40歳～90歳
子宮がん・卵巣がん	20歳～80歳

2. 食事について

- ① 前日の食事は検査開始の8時間前までにお済ませ下さい。
- ② 当日は食事及び水以外の水分は摂れません。
- ③ 常備薬を服用されている場合は医師との相談の上、採血の8時間以上前に服用して下さい。休薬期間が設けられている場合は休薬期間の後半に採血して下さい。
- ④ 前日の夜から牛乳やジュース、アミノ酸製剤やサプリメント、スポーツドリンクは摂らないで下さい。

## オプション検査申込書

下記に必要事項をご記入の上、健診当日、受付に提出してください。  
お支払いには現金、クレジットカードがご利用可能です。

フリガナ 事業所名	フリガナ 所属部署
住 所	
T E L	
F A X	
フリガナ 氏 名	性 別 男 女

1. このアンケートは、医師などの関係者以外には外部秘として扱われます。
2. このアンケートは、ご記入の上、検査当日必ず受付時に提出してください。

妊娠されている方、がん治療中や治療後の方は正確な値が出ないため検査の対象となりません。

- ① 現在、治療中の病気などはありますか。 はい ・ いいえ  
病名 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 今、服用している薬はありますか。 はい ・ いいえ  
薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 食事後8時間以上経っていますか。 はい ・ いいえ
- ④ アミノ酸製剤やサプリメントを前日飲んでいませんか。 はい ・ いいえ
- ⑤ 牛乳やジュースを前日飲んでいませんか。 はい ・ いいえ
- ⑥ 妊娠されていますか。 はい ・ いいえ
- ⑦ がんの治療中や治療後ですか。 はい ・ いいえ