

検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご隆盛のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、別掲の検査項目におきまして、検査内容を変更させて頂くことになりましたのでご案内申し上げます。

今後とも変わらぬご愛顧のほどよろしくお願いいたします。

敬 白

記

《検査項目》

- 〔2616〕 CK-MB(CLIA 法)
- 〔1814〕 グリココール酸(CG)
- 〔1856〕 成長ホルモン(GH)
- 〔2670〕 抗利尿ホルモン(ADH)(AVP)(バソプレシン)
- 〔2715〕 血中 11-OHCS(11-ヒドロキシコルチコステロイド)
- 〔1895〕 血中 α 1-マイクログロブリン
- 〔1891〕 尿中 α 1-マイクログロブリン
- 〔4698〕 尿中 L-FABP(L 型脂肪酸結合蛋白)
- 〔2718〕 PR3-ANCA(C-ANCA)(抗好中球細胞質プロテイナーゼ 3 抗体)
- 〔2727〕 MPO-ANCA(P-ANCA)(抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体)
- 〔4879〕 抗アクアポリン 4 抗体
- 〔4118〕 HCV コア蛋白(HCV コア抗原)
- 〔3332〕 PSA-ACT

《変 更 日》 平成 29 年 3 月 31 日 (金) 受付分より

《変更内容》 詳細は裏面をご参照ください。



《変更内容》

検査コード	検査項目	変更内容	変更後	変更前
2616	CK-MB(CLIA法)	基準値	2.2ng/mL以下	5.2ng/mL以下
		報告下限値	0.1ng/mL未満	0.6ng/mL未満
		報告上限値	30,000ng/mL以上	∞
1814	グリココール酸(CG)	所要日数	3～4日	3～6日
		基準値	(空腹時)60.0μ g/dL以下	50μ g/dL以下
1856	成長ホルモン(GH)	検査方法	ECLIA法	CLEIA法
		基準値	M:2.47以下(成人) F:0.13～9.88(成人)	年齢別・性別の基準値を設定
		所要日数	3～4日	3～5日
		報告下限値	0.03ng/mL以下	0.01ng/mL未満
2670	抗利尿ホルモン(ADH) (AVP) (バゾプレシン)	検体量	EDTA加血漿1.2mL	EDTA加血漿2.2mL
		基準値	2.8pg/mL以下	4.2pg/mL以下
		報告下限値	0.4pg/mL未満	0.8pg/mL未満
		報告上限値	800pg/mL以上	∞
2715	血中11-OHCS (11-ハイドロキシコルチコ ステロイド)	検査方法	蛍光法 (De Moore臼井変法)	蛍光法 (De Moore法)
		検体量	血清2.1mL	血清1.2mL
		基準値	5.0～21.4μ g/dL (午前8時～10時)	8.0～30.0μ g/dL (午前8時～10時)
		所要日数	4～10日	3～6日
1895	血中α 1-マイクログロブリン	報告下限値	1.2mg/L未満	2.7mg/L未満
1891	尿中α 1-マイクログロブリン	報告下限値	0.4mg/L未満	0.9mg/L未満
4698	尿中L-FABP (L型脂肪酸結合蛋白)	検査方法	CLEIA法	EIA法
		保存条件	冷蔵	凍結
		所要日数	4～5日	4～7日
2718	PR3-ANCA(C-ANCA) (抗好中球細胞質プロテ イナーゼ3抗体)	検査方法	FEIA法	CLEIA法
		報告形態	濃度・判定	濃度
		単位	IU/mL	U/mL
		基準値	2.0IU/mL未満(－)	3.5U/mL未満
		報告下限値	0.5IU/mL未満	1.0U/mL未満
		報告上限値	177IU/mL以上	350U/mL以上
		判定基準	(－):2.0未満 (±):2.0～3.0 (+):3.1以上	
2727	MPO-ANCA(P-ANCA) (抗好中球細胞質ミエロペ ルオキシダーゼ抗体)	検査方法	FEIA法	CLEIA法
		報告形態	濃度・判定	濃度
		単位	IU/mL	U/mL
		基準値	3.5IU/mL未満(－)	3.5U/mL未満
		報告下限値	0.5IU/mL未満	1.0U/mL未満
		報告上限値	134IU/mL以上	300U/mL以上
		判定基準	(－):3.5未満 (±):3.5～5.0 (+):5.1以上	
4879	抗アクアポリン4抗体	基準値	3.0U/mL未満	5.0U/mL未満
		報告下限値	1.5U/mL未満	1.3U/mL未満
		報告上限値	40.0U/mL以上	75.0U/mL以上
4118	HCVコア蛋白 (HCVコア抗原)	検査方法	CLIA法	BLEIA法
		検体量	血清0.5mL	血清0.4mL
		基準値	3.0fmol/L未満	1.0fmol/L未満
		報告下限値	3.0fmol/L未満	1.0fmol/L未満
		報告上限値	180,000fmol/L以上	∞
3332	PSA-ACT	検査方法	CLIA法	EIA法
		検体量	0.5mL	0.6mL
		基準値	3.4ng/mL以下	1.1ng/mL以下
		備考	前立腺肥大症と前立腺癌 の判別のカットオフ値は 7.0ng/mLが推奨されます。	前立腺肥大症と前立腺癌 の判別のカットオフ値は 4.8ng/mLが推奨されます。