

## 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、下記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》 〔3292〕 KL-6(シアル化糖鎖抗原 KL-6)  
〔3556〕 アセトアミノフェン  
〔4767〕 エベロリムス  
〔1843〕 CA15-3  
〔2683〕 可溶性 IL-2 受容体(可溶性インターロイキン-2 レプター)

《変 更 日》 平成28年9月30日(金) 受付分より

《変更内容》 裏面をご参照ください。

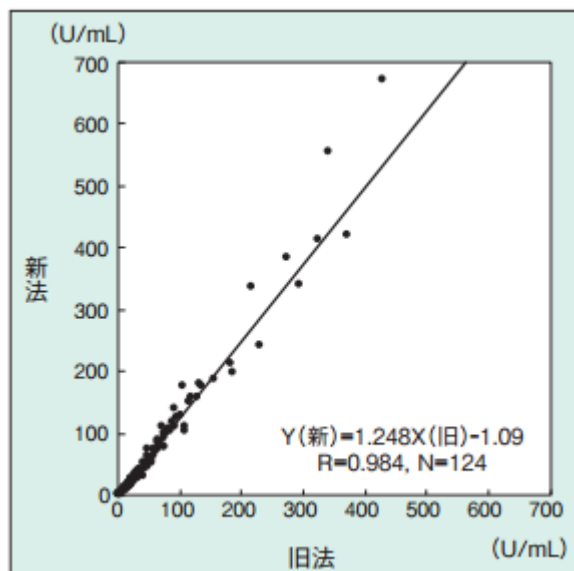


# 《変更内容》

| 検査コード | 検査項目                                  | 変更内容  | 変更後                                                       | 変更前                                                        |
|-------|---------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 3292  | KL-6<br>(シアル化糖鎖抗原 KL-6)               | 検査方法  | CLEIA 法                                                   | ECLIA 法                                                    |
|       |                                       | 報告値上限 | 25,000 U/mL 以上                                            | 10,000 U/mL 以上                                             |
|       |                                       | 報告値下限 | 10 U/mL 未満                                                | 51 U/mL 以下                                                 |
| 3556  | アセトアミノフェン                             | 検査方法  | HEIA 法                                                    | 酵素法                                                        |
|       |                                       | 判定基準  | 中毒域<br>4 時間後 200 $\mu$ g/mL 以上<br>12 時間後 50 $\mu$ g/mL 以上 | 肝障害域<br>4 時間後 300 $\mu$ g/mL 以上<br>12 時間後 50 $\mu$ g/mL 以上 |
|       |                                       | 報告値下限 | 5.0 $\mu$ g/mL 未満                                         | 1.2 $\mu$ g/mL 未満                                          |
| 4767  | エベロリムス                                | 検査方法  | ECLIA 法                                                   | LA 法                                                       |
|       |                                       | 報告値下限 | 0.5 ng/mL 未満                                              | 2.0 ng/mL 未満                                               |
|       |                                       | 備考    | シロリムス投与歴がある患者検体は検査不可。                                     |                                                            |
| 1843  | CA15-3                                | 基準値   | 31.3 U/mL 以下                                              | 27.0 U/mL 以下                                               |
|       |                                       | 報告値上限 | 4,000 U/mL 以上                                             | 500 U/mL 以上                                                |
| 2683  | 可溶性 IL-2 受容体<br>(可溶性インターロイキン-2 レセプター) | 検体量   | 血清 0.3 mL                                                 | 血清 0.5 mL                                                  |
|       |                                       | 基準値   | 121～613 U/mL                                              | 124～466 U/mL                                               |
|       |                                       | 報告桁数  | 整数                                                        | 少数 1 位                                                     |
|       |                                       | 報告値上限 | 400,000 U/mL 以上                                           | $\infty$ U/mL                                              |
|       |                                       | 報告値下限 | 50 U/mL 未満                                                | 50.0 U/mL 未満                                               |

# 《相 関 図》

CA15-3



可溶性 IL-2 受容体

