

平成28年9月

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》

〔1842〕	TPA <small>(組織ポリペプチド抗原)</small>	〔3556〕	アセトアミノフェン
〔1844〕	DUPAN-2	〔3831〕	1,5-AG <small>(1,5-アンヒドロ-D-グリシトール)</small>
〔1874〕	レニン定量(PCR)	〔4026〕	尿中NT X <small>(I型コラーゲン架橋N-テロペプチド)</small>
〔2683〕	sIL-2R※1	〔4767〕	エベロリムス
〔2718〕	PR3-ANCA※2		

※1 sIL-2R：可溶性インターロイキン-2レセプター

※2 PR3-ANCA：抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体

《変更日》 平成28年9月30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
1842	TPA (組織ポリペプチド抗原)	検体量	0.4mL	0.6mL
		基準値	75U/L未満	75.0U/L未満
		報告桁数	整数	少数第1位
		報告上限値	4,000U/L以上	∞U/mL
		報告下限値	3U/L未満	3.0U/L未満
1844	DUPAN-2	報告上限値	200,000U/mL以上	16,000U/mL以上
		報告下限値	25U/mL未満	25U/mL以下
1874	レニン定量(PCR)	検体量	0.5mL	0.7mL
		所要日数	3~5日	3~4日
		報告下限値	2.0pg/mL未満	2.4pg/mL以下
2683	sIL-2R (可溶性インターロイキン-2 レセプター)	検体量	0.3mL	0.5mL
		基準値	121~613U/mL	124~466U/mL
		報告桁数	整数	少数第1位
		報告上限値	400,000U/mL以上	∞U/mL
		報告下限値	50U/mL未満	50.0U/mL未満
2718	PR3-ANCA (抗好中球細胞質プロテ ナーゼ3抗体)	検査方法	CLEIA法	FEIA法
		検体量	0.4mL	0.3mL
		単位	U/mL	IU/mL
		基準値	3.5U/mL未満	2.0IU/mL未満
		報告上限値	350U/mL以上	∞IU/mL
		報告下限値	1.0U/mL未満	0.5IU/mL未満
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 4時間後 200μ g/mL以上 12時間後 50μ g/mL以上	肝障害域 4時間後 300μ g/mL以上 12時間後 50μ g/mL以上
		報告下限値	5.0μ g/mL未満	1.2μ g/mL未満
3831	1,5-AG	検査方法	酵素法	比色法
		基準値	14.0μ g/mL以上	14.0~46.0μ g/mL
		検体量	0.4mL	0.5mL
		報告下限値	1.0μ g/mL未満	1.0μ g/mL以下
4026	尿中NTx	保存方法	冷蔵	凍結
4767	エベロリムス	検査方法	ECLIA法	LA法
		報告下限値	0.5ng/mL未満	2.0ng/mL未満
		備考	シクロリムス投与歴がある 患者検体は検査不可。	