

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、測定機器および試薬の変更に伴い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

《変 更 日》 2025年 6月 2日(月)受付分より

《変更内容》

検査コード	項目名	変更内容	変更後	変更前
01860	卵胞刺激ホルモン(FSH)	基準値(男性)	13.8mIU/mL以下	0.1～13.8mIU/mL
		報告下限値	0.3mIU/mL未満	0.1mIU/mL
01804	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	報告下限値	0.008 μ IU/mL未満	0.010 μ IU/mL未満
01864	プロラクチン(PRL)	報告下限値	0.3ng/mL未満	0.1ng/mL
01865	エストラジオール(E2)	報告下限値	11.8pg/mL未満	15.0pg/mL
01872	プロゲステロン(PRGE)	報告下限値	0.3ng/mL未満	0.1ng/mL
03237	BNP (ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド)	報告下限値	2.0pg/mL未満	4.0pg/mL未満
04419	NT-proBNP	検査方法	CLIA法	ECLIA法
		基準値	125pg/mL未満	125pg/mL以下
		報告下限値	35pg/mL未満	5.0pg/mL未満

その他の検査要項に変更はございません。

※裏面に続く



【相関図】

