

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、検査内容の変更を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》 2026年 9月 30日(水)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
03323	総ホモシステイン	検体量	血漿 0.3mL	血漿 0.4mL
		所要日数	5～6日	6～12日
		検査方法	LC-MS/MS法	HPLC法
		報告下限値	0.3 nmol/mL未満	0.2 nmol/mL以下
03069	プロパフェノン	保存条件	冷蔵	凍結
		所要日数	4～6日	4～7日
04110	アミオダロン	保存条件	冷蔵	凍結
04463	ガバペンチン	保存条件	冷蔵	凍結
		所要日数	4～6日	4～7日
04555	トピラマート	検体量	血漿 0.3mL	血清 0.3mL
		保存条件	冷蔵	凍結
		採取容器	H2	A2
		所要日数	4～6日	4～5日
04566	レベチラセタム	検体量	血漿 0.3mL	血清 0.3mL
		保存条件	冷蔵	凍結
		採取容器	H2	A2
01898	ソマトメジンC(IGF- I)	保存条件	冷蔵	凍結

裏面に続く



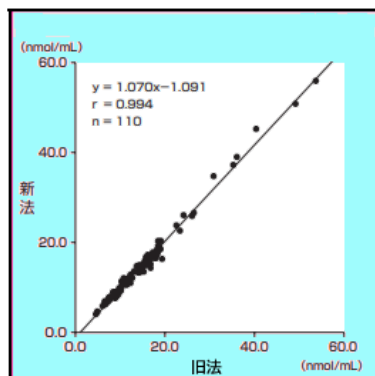
《変更内容》

検査コード	検査項目名	変更内容	変更後	変更前
03665	膵グルカゴン	項目コード	05301	03665
		基準値	8.8～45.2 pg/mL (空腹時)	5.4～55.0 pg/mL (空腹時)
		報告下限値	3.0 pg/mL未満	3.5 pg/mL未満
		報告上限値	2000.1 pg/mL以上	最終値
02767	抗平滑筋抗体	所要日数	4～5日	3～4日
		報告上限値	2560 倍以上	20480 倍
02683	インターロイキン2受容体	項目コード	05300	02683
		項目名称	可溶性インターロイキン2レセプター	インターロイキン2受容体
		検査方法	LA法(ラテックス凝集比濁法)	CLEIA法
		基準値	204～587 U/mL	121～613 U/mL
		報告下限値	55 U/mL未満	50 U/mL未満
		報告上限値	9,990,000 U/mL以上	400,000 U/mL以上
05450	抗リン脂質抗体パネル	報告下限値	抗CL IgG : 2.6U/mL未満 抗CL IgM : 1.0U/mL未満 抗β 2GP1 IgG : 6.4U/mL未満 抗β 2GP1 IgM : 1.1U/mL未満	抗CL IgG : 2.6U/mL以下 抗CL IgM : 1.0U/mL以下 抗β 2GP1 IgG : 6.4U/mL以下 抗β 2GP1 IgM : 1.1U/mL以下
04885	レジオネラ核酸同定	基準値	陰性	検出せず

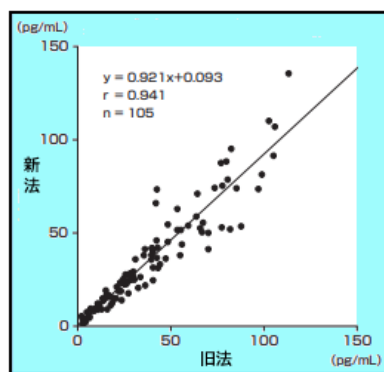
※その他要項に変更はございません。

【相関図】

＜総ホモステイン＞



＜膵グルカゴン＞



＜可溶性インターロイキン-2レセプター＞

