平成 19 年 1 月

検査内容変更のお知らせ

謹啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜わり、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、下記のとおり検査内容を変更させていただくことになりましたので、ご案内申し上げます。

敬白

記

■変 更 日　　平成１９年２月１４日（水）受付分より

■変更項目　　アスペルギルス抗原

同項目は、従来より侵襲性肺アスペルギルス症の早期診断・早期治療のために、より低いカットオフの設定の必要性が指摘されていましたが、この度、新判定基準への変更が厚生労働省に認可されましたので、基準範囲を変更させていただきます。

検査項目	変更箇所	**新**	旧
3169 **アスペルギルス抗原**	基準範囲	**判定　INDEX** **（－）　0.5 未満** **（＋）　0.5 以上**	判定　INDEX （－）　1.0 未満 （±）　1.0～1.4 （＋）　1.5 以上

＜検査要項＞　検査案内 p68 掲載

検 査 項 目	検体量 (ml) 保存法	容器	検 査 方 法	基 準 範 囲	実施料 点 数	所 要 日 数	備　考
3169 **アスペルギルス抗原**	血清 1 冷蔵	1	EIA	**判定　INDEX** **（－）　0.5 未満** **（＋）　0.5 以上**	170	4～6	侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合のみ算定できる。

以上

＊お問合せ先：029-837-2721 総合インフォメーション

2007-A-001