

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

1. 検査変更内容

■変更日 平成31年3月30日(土) 受付分より

検査項目	変更箇所	新	旧	変更理由	検査案内掲載頁	
6639 亜鉛 (Zn) ＜血清＞	基準範囲	80～130 μg/dL	60～120 μg/dL	亜鉛欠乏症の診療指針2018に準じ変更	p48	
3149 抗p53抗体	検査方法	CLEIA	EIA	試薬販売中止による試薬変更	p61	
	報告下限値	0.40未満 U/mL	0.40以下 U/mL			
	相関式	新法=0.903×旧法+1.201 r=0.907 n=154				
6333 BCA225	検体量	血清 0.3mL	血清 0.2mL		試薬販売中止による試薬変更	p64
	検査方法	CLEIA	EIA			
	基準範囲	160.0未満 U/mL	160以下 U/mL			
	報告下限値	20.0未満 U/mL	30以下 U/mL			
	相関式	新法=0.751×旧法+59.261 r=0.923 n=166				
7721 ソマトメジンC [IGF-1]	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	Non-RIA 試薬への変更	p69	
	検査方法	ECLIA	IRMA			
	報告下限値	7未満 ng/mL	10以下 ng/mL			
	所要日数	3～4日	4～6日			
	相関式	新法=1.147×旧法-5.52 r=0.993 n=152				
2985 抗利尿ホルモン (ADH) [AVP]	基準範囲	pg/mL 水制限 4.0以下 自由飲水 2.8以下	2.8以下 pg/mL	表記の見直し		
7883 11-デオキシコルチコ ステロン [DOC]	所要日数	9～22日	9～15日	所要日数の見直し	p73	
7281 コルチコステロン						
7282 アンドロステロン						
7311 総分岐鎖アミノ酸/ チロシンモル比 (BTR)	報告下限値	μmol/L BCAA 4.0未満 チロシン 4.0未満	μmol/L BCAA 15.0未満 チロシン 15.0未満	試薬販売中止による試薬変更	p82	
7954 α ₁ -酸性糖蛋白 [オルソムコイド]	所要日数	3～6日	3～4日	所要日数の見直し	p124	
5126 マイコプラズマ培養	所要日数	2～4週	1～3週		p145	
5111 キャンピロバクター 培養	項目名 報告名	カンピロバクター 培養 ^{注)}	キャンピロバクター 培養			一般的な名称に変更
1674 L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (尿)	報告下限値	ng/mL 濃度 0.20未満 μg/g・CRE CRE補正 0.01未満	ng/mL 濃度 0.50未満 μg/g・CRE CRE補正 設定なし	測定範囲の広い試薬へ変更	p157	
6900 FGF-23	基準範囲	16～69 pg/mL	pg/mL	基準範囲の設定	未掲載	

注) 依頼書「(D)検査依頼書」の項目名につきましては、次回印刷分より変更させていただきます。

(裏面へ続く)

2. 検査受託中止

■最終受託日 平成31年3月29日(金)

検査項目	中止理由	検査案内掲載頁	代替項目
6077 アンギオテンシンⅡ	測定試薬販売中止のため	p73	項目コード：2843 検査案内未掲載（下表参照）
6154 ヒト胎盤性ラクトゲン（HPL）		p77	代替項目はございません
3721～3723<血清> 2538～2540<髄液> ポリオウイルスⅠ・Ⅱ・Ⅲ型<CF>		p97	
3725～3727<血清、髄液> ポリオウイルスⅠ・Ⅱ・Ⅲ型<NT>			
3489 HTLV-Ⅰ抗体<確認テスト>		p102	項目コード：2844 検査案内未掲載（下表参照）
5539 細菌薬剤感受性検査 P A P M ^{注)}		p147	代替項目はございません 未掲載
8413 インターロイキン-5	受託数僅少のため		
顆粒球マクロファージコロニー刺激因子			
コアグララーゼ型別判定			
エンテロトキシン産生・型別判定			

注) MIC感受性検査セットにつきましては、「PAPM」を含むMIC感受性プレートが無くなるまで、「PAPM」の結果をご報告させていただきます。

<代替項目検査要項>

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
2843 アンギオテンシンⅡ	血漿 0.3 冷凍 (3週)	2b ↓ 8	RIA	22 以下 pg/mL		6～8	
2844 HTLV-Ⅰ抗体 <確認テスト>	血清 0.6 冷蔵	1	ラインプロット法	陰性 下表参照	425	4～10	判断料区分： 免疫学的検査

■HTLV-Ⅰ抗体<確認テスト>判定基準

ラインが認められない		陰性
ラインが1本認められる(≧±)	gag p19 か gag p24 か env gp46 のいずれかが認められる	保留
	env gp21 が認められる	
ラインが2本認められる(≧±)	env gp21 が認められない	陽性
	env gp21 が認められる	
ラインが3本以上認められる(≧±)		

以上

*お問合せ先：029-837-2721 総合インフォメーション
2019-A-010