

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 令和3年11月8日（月）受付分より

■変更内容

検査項目	変更箇所	新	旧	変更理由	検査案内掲載頁
4300(新) トキソプラズマ抗体 < I g G型 >	項目コード	4300	3676	測定機器 の変更	p87
	検査方法	CLIA	CLEIA		
	基準範囲	1.6未満 IU/mL 判定基準下表参照	7.5未満 IU/mL		
4302(新) トキソプラズマ I g M抗体	項目コード	4302	3678		
	検査方法	CLIA	CLEIA		
	基準範囲	0.83未満 S/CO 値 判定基準下表参照	0.8未満 S/CO 値		
4271 サイトメガロウイルス I g G型抗体価	所要日数	2～4日	3～4日		p91
4304 サイトメガロウイルス I g M型抗体価					

■トキソプラズマ I g G・トキソプラズマ I g M抗体の判定基準

判定	I g G (IU/mL)	I g M (S/CO 値)
陰 性	1.6未満	0.83未満
判定保留	1.6～3.0未満	0.83～1.00未満
陽 性	3.0以上	1.00以上

以上

2021-A-050