

検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、下記に掲げる検査項目におきまして、検査内容を変更させていただきたくご案内申し上げます。

何卒、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬白

記

■実施日 平成 26年 9月 26日(金)ご依頼分より

■変更項目および変更内容

案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
94	3090 2B260	プラスミノーゲン抗原量	報告下限値	0.5mg/dL未満	0.0mg/dL	測定委託先における変更のため。

■実施日 平成 26年 9月 30日(火)ご依頼分より

■変更項目および変更内容

案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
43	9645 3L265	クロルプロマジン	検体量 検査方法 所要日数	血清 1.0mL LC-MS/MS 6～8日	血清 2.5mL GC-MS 8～14日	測定委託先における変更のため。
44	9518 3L802	ベプリジル	所要日数	5～7日	7～13日	
46		アルプラゾラム	検体量	血清 1.0mL	血清 1.2mL	
		クロチアゼパム	検査方法	LC-MS/MS	GC-MS	
		ブロチゾラム				
74	4108 5G300	TSH刺激性レセプター抗体 (TSAb)	検体量 検査方法 基準値	血清 0.5mL EIA 120%以下	血清 1.2mL RIA(2抗体法) 180%未満	
未掲載		ベンゾジアゼピン スクリーニング	検体量	血清 1.0mL	血清 2.0mL	
			検査方法	LC-MS/MS	GC-MS LC-MS/MS	

※裏面にも案内がございますので、ご覧ください。

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。

■実施日

平成 26年 9月 30日(火)ご依頼分より

■変更項目および変更内容

案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
未掲載		三・四環系抗うつ薬 スクリーニング	検体量	血清 1.0mL	血清 2.5mL	測定委託先にお ける変更のため。
			検査方法	LC-MS/MS	GC-MS	
			所要日数	6～8日	8～14日	
	2150 5A120	IgGインデックス	報告成分	インデックス IgG髄液 IgG血清 アルブミン髄液 アルブミン血清 ※基準値の設定 はインデックスの みになります。	インデックス	
	6-チオグアニン ヌクレオチド (6-TGN)	検査方法	LC-MS/MS	HPLC		
		報告成分	6-TGN 6-MMP 6-MMP/6-TGN比	6-TGN		
		基準値	下記参照	下記参照		
		報告桁数				
			報告下限値			
59	1156 5C100	尿中L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)	検体量	尿 1.5mL	尿 1mL	測定委託先の変 更のため。
			検査方法	ELISA	EIA	
			所要日数	5～7日	5～8日	
			備考	酸性蓄尿は、検査 値に影響を及ぼす 場合がありますの で避けて下さい。	なし	
			報告下限値	濃度 1.5ng/mL未満	濃度 1.5ng/mL未満	
				クレアチニン補正值 (μ g/g・Cr)および濃 度(ng/mL)をご報告 致します。 濃度が1.5ng/mL未 満の場合、クレアチ ニン補正值は計算 不能でご報告致し ます。	クレアチニン補正值 (μ g/g・Cr)および濃 度(ng/mL)をご報告 致します。 濃度が1.5ng/mL未 満の場合は、 1.5ng/mLを用いて クレアチニン補正 し、未満を付記して ご報告致します。	
0BB→0AA						

0BB→0AA

6-チオグアニンヌクレオチド(6-TGN)の変更内容

変更箇所	新		現
基準値	6-TGN	235～450 pmol/8 × 10 ⁸ RBC	235～450 pmol/8 × 10 ⁸ RBC
	6-MMP	5700 pmol/8 × 10 ⁸ RBC 未満	－
	6-MMP/6-TGN比	20.00未満	－
報告桁数	6-TGN	整数、有効3桁	整数、有効3桁
	6-MMP	整数、有効3桁	－
	6-MMP/6-TGN比	小数2位	－
報告下限値	6-TGN	40 pmol/8 × 10 ⁸ RBC 未満	50 pmol/8 × 10 ⁸ RBC 未満
	6-MMP	40 pmol/8 × 10 ⁸ RBC 未満	－