

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 29年 4月 1日(土)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
56	5522 5A050	IgGサブクラス分画	検体量	血清 0.5mL	血清 0.4mL	測定委託先における変更のため。
			検査方法	免疫比濁法およびラテックス免疫比濁法	ネフェロメトリー	
			基準値	IgG1 351～962mg/dL IgG2 239～838mg/dL IgG3 8.5～140mg/dL IgG4 4.5～117mg/dL	IgG1 320～748mg/dL IgG2 208～754mg/dL IgG3 6.6～88.3mg/dL IgG4 4.8～105mg/dL	
			報告範囲	IgG1 15.0未満、 15.0～99900000 IgG2 2.0未満、 2.0～99900000 IgG3 3.0未満、 3.0～99900000 IgG4 2.0未満、 2.0～99900000 % 0.01未満、 0.01～99.99	IgG1 7.0以下、 7.1～99900000 IgG2 8.0以下、 8.1～99900000 IgG3 5.0以下、 5.1～99900000 IgG4 3.0以下、 3.1～99900000 % 0.01以下、 0.02～99.99	
68	4559 5G821	抗アクアポリン4抗体	基準値	3.0U/mL未満	5.0U/mL未満	
			報告範囲	1.5未満、1.5～39.9、 40.0以上	1.3未満、1.3～74.9、 75.0以上	
80	4167 4D050	11-デオキシコルチゾール	所要日数	10～23日	12～18日	

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。