

先生各位

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。

謹白

記

■実施日 2020年 6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
80	4110 4B045	サイロキシン結合グロブリン (TBG)	検査方法	CLEIA	RIA(PEG法)	測定委託先による測定試薬の変更
			保存	血清/凍結	血清/冷蔵	
			基準値	14~31 μ g/mL	14.0~29.4 μ g/mL	
			報告下限	3.5 μ g/mL 未満	5.0 μ g/mL 未満	
			報告上限	400 μ g/mL 以上	999,000 μ g/mL 以上	

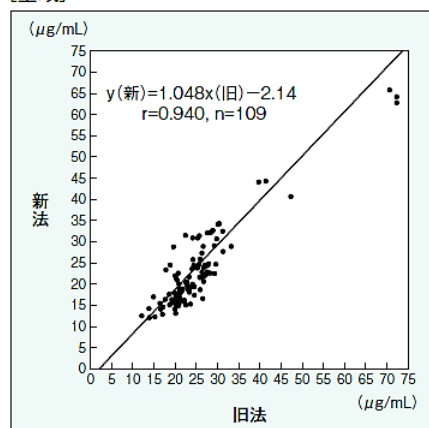
■実施日 2020年 7月 2日（木）ご依頼分より

■変更項目および変更内容

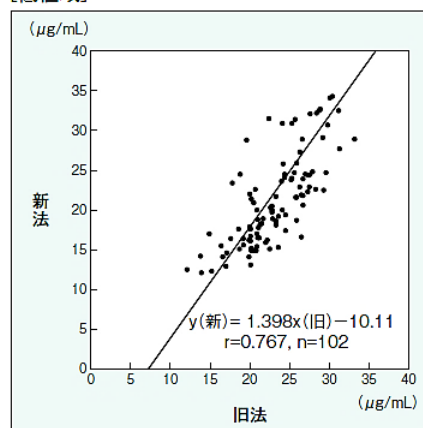
案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
37	3309 3C070	総ホモシステイン	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	測定委託先による変更
			必要量	血漿 0.3mL	血漿 0.5mL	
			基準値	M 7.0~17.8 nmol/mL F 5.3~15.2 nmol/mL	3.7~13.5 nmol/mL	
			備考	採血後、速やかに血漿分離して下さい。 OAA	OAA	

サイロキシン結合グロブリン
【新旧二法の相関】

[全域]



[低値域]



ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社お客様窓口までお申し付けください。