

先生各位

検査受託中止のご案内

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、検査受託の中止を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 2024年 12月 4日（水）ご依頼分をもって受託中止

■検査受託中止項目

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	受託中止理由	代替検査
85	2039 5F018	HBc抗体〔PHA〕	委託先による受託中止のため	【5465】HBc抗体〔CLIA〕
155	1237 4Z400	レプチン〔RIA(2抗体法)〕		代替項目下記参照

■代替項目（2024年12月5日ご依頼分より受託開始）

項目コード 統一コード	検査項目	判断料 実施料	採取量(mL) 必要量(mL)	容器	保存	検査方法	基準値	所要 日数	備考
1237 4Z400	レプチン	生Ⅱ 1000	血液 2 血清 0.3	01 21	冷	ELISA	ng/mL M 0.6~8.9 F 1.9~26.6	要確認 (不定期)	採血後、速やかに 血清分離してくだ さい。 ※ OAA

※全身性脂肪萎縮症におけるカットオフ値は男性0.6ng/mL未満、女性1.9ng/mL未満です。

●実施上の留意事項

ア「レプチン」は、脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ELISA法により測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

イ本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは弊社お客様窓口までお申し付け下さい。