

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、検査内容の変更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 2025年 3月 31日（月）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
36	2142 3F185	アポリポ蛋白 A-II	報告下限	1.0 mg/dL 未満	0.7 mg/dL	測定委託先における変更のため
	2144 3F195	アポリポ蛋白 C-II		0.9 mg/dL 未満	0.9 mg/dL	
	2145 3F200	アポリポ蛋白 C-III		1.2 mg/dL 未満	1.2 mg/dL	
41	1414 3K150	水銀(血中)	検査方法	原子吸光法	原子吸光分光光度法	測定委託先を変更するため
			基準値	5 μ g/dL 以下	9.0 μ g/dL 以下	
			報告下限	0.3 μ g/dL 以下	0.1 μ g/dL 以下	
			所要日数	7~12日	5~25日	
備考 (委託先)	0BB	0II				
50	9516 3L230	レベチラセタム	備考	全血で放置すると酵素による分解により、測定値に影響を及ぼす可能性があります。採血後は速やかに遠心分離し指定容器に移してください。		測定委託先における変更のため
51	9627 3L875	リドカイン	必要量(mL)	血清 0.3	血清 0.2	測定委託先を変更するため
			検査方法	EIA	EMIT	
			基準値	治療濃度範囲 1.2~5.0 μ g/mL	有効治療濃度 1.5~5.0 μ g/mL 中毒域 5.1 μ g/mL 以上	
			報告下限	0.9 μ g/mL 以下	1.0 μ g/mL 未満	
			所要日数	4~6日	4~5日	
			備考 (委託先)	OAA	0BB	

裏面もご確認下さい

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。

■実施日

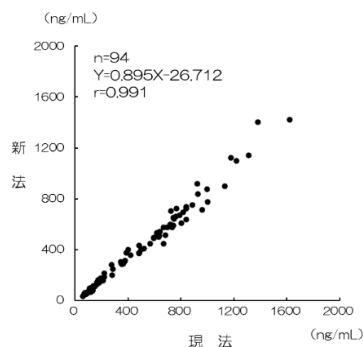
2025年 3月 31日（月）ご依頼分より

■変更項目および変更内容

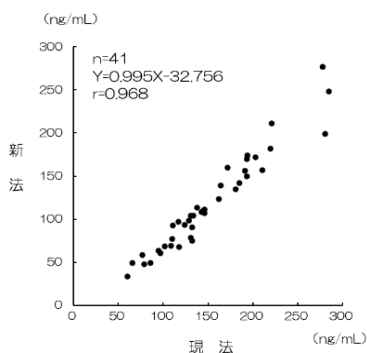
案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
53	9650 3M805	シクロスポリン	検査方法	CLEIA	ECLIA	測定委 託先 にお ける 変更 の ため
			報告桁数	小数1位	整数	
	報告範囲	30.0未満～4000以上	30未満～99900000			
	9505 3M810	タクロリムス	検査方法	CLEIA	ECLIA	
報告範囲			0.50未満～80.0以上	0.50未満～99900000		
99	5393 5D155	CA54/61	必要量(mL)	血清 0.5	血清 0.4	測定委 託先 を 変 更 す る た め
			検査方法	ELISA	EIA	
			基準値	12 U/mL 以下	12.0 U/mL 以下	
			報告桁数	整数	小数1位	
			報告下限	2以下	2.0未満	
			所要日数	6～19日	5～11日	
			備考 (委託先)	OAA	0BB	

■相関図

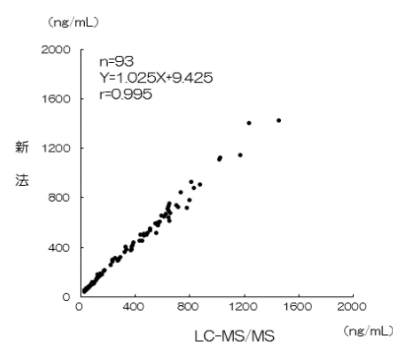
[シクロスポリン]
(全体)



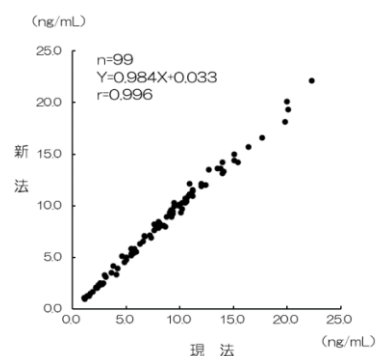
(低濃度域)



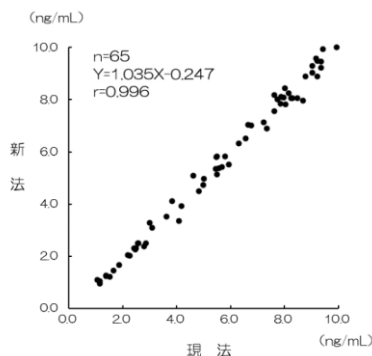
(新法とLC-MS/MS)



[タクロリムス]
(全体)



(低濃度域)



(新法とLC-MS/MS)

