

INFORMATION

No. 1303-09

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますます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、厚く御礼申し上げます。

この度、下記の項目につきまして、平成25年4月1日(月)受領分より、検査内容を変更させていただくことになりましたので、ご案内申し上げます。

先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、何卒宜しくご了承のほどお願い申し上げます。

敬具

記

■変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧
3001～	特異的IgE(IgE-RAST)	報告下限	0.10未満 UA/ml	0.34以下 UA/ml
1810	AFPレクチン分画/LBA	基準値	総AFP量:10.0以下ng/ml	総AFP量:10.0未満ng/ml
1048	NCC-ST-439	基準値	男性 4.5 未満U/ml	男性 4.5 以下U/ml
			女性50才以上 4.5 未満U/ml	女性50才以上 4.5以下U/ml
			女性49才以下 7.0 未満U/ml	女性49才以下 7.0 以下U/ml
1078	BFP(塩基性フェトプロテイン)	基準値	75未満 ng/ml	75以下 ng/ml
1659	テイコプラニン	検査方法	ラテックス凝集比濁法	FPIA
4526	シスタチンC	基準値	男性: 0.61～1.00 mg/l	0.50～0.90 mg/l
			女性: 0.51～0.82 mg/l	
0761	ビタミンB ₁ (サイアミン)	採取容器	EDTA2Na加血液(遮光)	ヘパリン加血液(遮光)
		基準値	2.6～5.8 μg/dl	2.0～7.2 μg/dl
0762	ビタミンB ₂ (リボフラビン)	採取容器	EDTA2Na加血液(遮光)	ヘパリン加血液(遮光)
		基準値	12.8～27.6 μg/dl	11.9～20.4 μg/dl

(裏面に続く)

■変更実施期日

平成25年 4月 1日(月) 受領分より

株式会社 武蔵臨床検査所

*お問い合わせは当社または担当者までお願いいたします。

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659
URL <http://www.e-musashi.co.jp>

■変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧		
0733	テストステロン〈血清〉	検査方法	CLIA	RIA(チューブ固相法)		
		報告下限	0.08 未満 ng/ml	0.05 未満 ng/ml		
		基準値	男性	2.25～10.40 (ng/ml)	2.01～7.50 (ng/ml)	
			女性	卵胞期	0.33～1.26	0.06～0.86
排卵期	0.36～1.19					
黄体期	0.41～1.12					
0735	プロジェステロン	検査方法	CLIA	RIA(チューブ固相法)		
		報告下限	0.1 未満 ng/ml	0.2 未満 ng/ml		
		基準値	男性	0.6以下 (ng/ml)	0.7以下 (ng/ml)	
			女性	卵胞期	0.4以下	1.7以下
				排卵期	3.7以下	4.9以下
				黄体期	8.5～21.9	0.2～31.6
		閉経後		—	1.0以下	
		妊婦	前期	23.9～141.0	4.2～39.2	
中期	25.7～143.0		19.6～143.0			
後期	51.2～326.0		34.5～390.0			
2548	α1-アシドグリコプロテイン (α1-AG)	検査方法	免疫比濁法	ネフェロメトリー		
		報告下限	6.5 未満 mg/dl	13.2 未満 mg/dl		
4230	抗ミトコンドリアM2抗体	検査方法	CLEIA	EIA		
		報告上限	800以上(index値)	300以上(index値)		
		報告下限	1.5未満(index値)	5.0未満(index値)		
		所要日数	3～5日	3～6日		

■変更実施期日

平成25年 4月 1日(月) 受領分より