

< 検査内容変更のお知らせ >

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、下記項目におきまして、検査の中止及び検査内容の一部を変更させていただきますのでご案内申し上げます。

誠に勝手ではございますが、弊社事情ご賢察のうえ、ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

《検査中止項目》

● 最終受付日 平成28年9月29日（木）

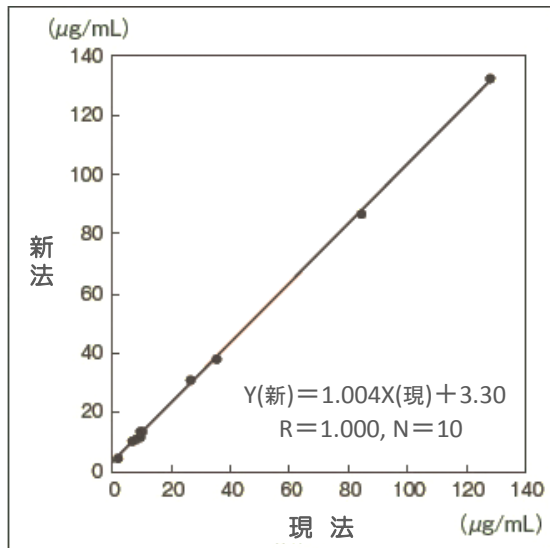
項目コード	項目名	中止理由	代替項目	検査案内記載頁
—	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG)	受託僅少	なし	68

《検査内容変更項目》

● 実施日 平成28年9月30日（金）受付分より

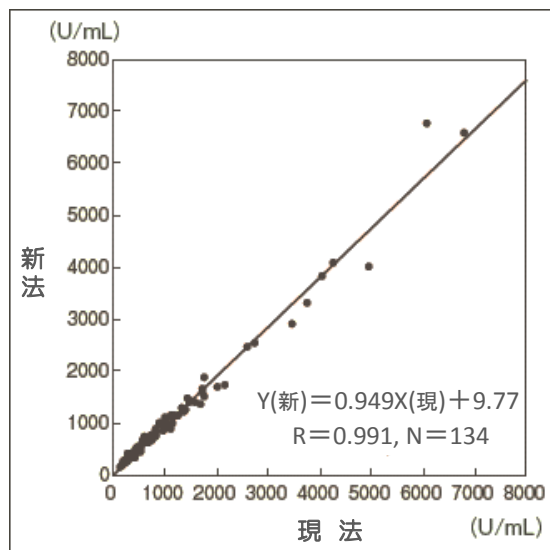
項目コード	項目名	変更箇所	新	現	備考	検査案内記載頁
2001	リポ蛋白分画精密測定	報告形態	HDL,IDL,LDL,VLDLの各%が表記された報告書 ＋別紙報告書	別紙報告書	検査委託先による報告形態の見直し	48
411	ビタミンB ₂ (リボフラビン)	所要日数	4～5日	4～6日	測定頻度の見直し	51
—	アセトアミノフェン	検査方法	HEIA	酵素法	測定試薬の販売中止に伴う改良試薬への変更 現法と新法の比較は裏面参照	61
		基準値 (有効治療濃度)	中毒域 4時間後 200 μg/mL以上 12時間後 50 μg/mL以上	肝障害域 4時間後 300 μg/mL以上 12時間後 50 μg/mL以上		
2053	抗ガラクトース欠損IgG抗体 (CA-RF)	検査機関	EMCL AMIラボ (エーティア株式会社)	LSIメディエンス	最終委託先の変更	109
2125	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	項目コード	2683	2125	自動分析装置用試薬の採用 現法と新法の比較は裏面参照	117
		検査方法	CLEIA [LSIメディエンス]	CLEIA [シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス]		
		検体量	血清 0.3mL	血清 0.5mL		
		基準値	121～613 U/mL	124～466 U/mL		

● アセトアミノフェン 現法と新法の比較



(委託先検討資料)

● 可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R) 現法と新法の比較



(委託先検討資料)