

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 7月 2日(木)ご依頼分より

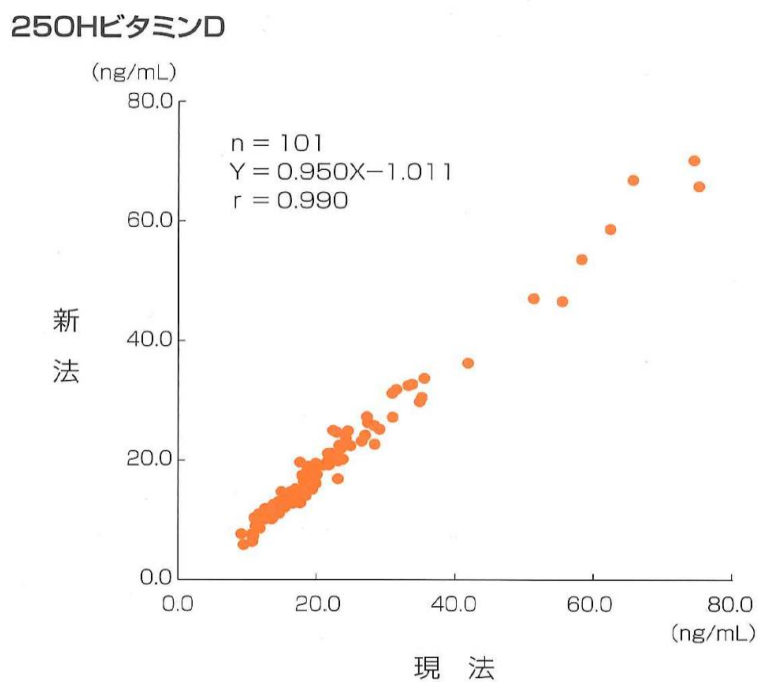
■変更項目および変更内容

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	1318 3C070	総ホモシステイン	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	測定委託先における変更のため。
			基準値	nmol/mL M 7.0~17.8 F 5.3~15.2	nmol/mL 3.7~13.5	
			備考	採血後、速やかに血漿分離してください。	—	
43	4621 3G065	25OHビタミンD	検査方法	CLEIA	ECLIA	
			報告範囲	4.0未満、4.0~149、 150以上	3.0未満、3.0~99.9、 100以上	
未掲載	3L187	遊離フェニトイン	有効治療濃度	1.0~2.0 μ g/mL	(設定なし)	
	3L196	遊離バルプロ酸	有効治療濃度	5.0~15.0 μ g/mL	(設定なし)	

* 裏面にも案内がございますので、ご覧ください。

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。

【現法と新法の比較】



■実施日

2020年 7月 3日(金)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
134	2393	白血病・リンパ腫解析検査 (LLA)CD45ゲーティング (造血器悪性腫瘍細胞検査)	案内書欄外	(モノクローナル抗体 の記載箇所) CD1a	(モノクローナル抗体 の記載箇所) CD1	測定委託先にお ける変更のため。
		細胞性免疫検査	報告内容	(細胞数不足の際) 「細胞数不足のため 検査できませんでした」	(細胞数不足の際) 「検体量不足のため 検査不可能でした」	