

INFORMATION

No. 1412-25

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27年1月5日(月)受付分より、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
0639	サイログロブリン	基準値	33.7 以下 ng/ml	32.7 以下 ng/ml
		報告範囲	0.04未満	0.1以下
			0.04～499	0.2～999
		500以上	1000以上	
0757	アミラーゼアイソザイム	検査方法	アガロース電気泳動法	セルロースアセテート膜 電気泳動法
		基準値	TOTAL-S 36.0～84.3 (%)	TOTAL-S 35～79 (%)
			TOTAL-P 15.7～64.0 (%)	TOTAL-P 21～65 (%)
		報告範囲	0.0～100.0	0～100

(裏面に続く)

■変更実施期日

平成27年 1月 5日(月) 受付分より

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		
1460	アミラーゼアイソザイム 〈尿〉	検査方法	アガロース電気泳動法	セルロースアセテート膜 電気泳動法		
		基準値	TOTAL-S 17.7～61.3 (%)	TOTAL-S 12～59 (%)		
			TOTAL-P 38.7～82.3 (%)	TOTAL-P 41～88 (%)		
		報告範囲	0.0～100.0	0～100		
2655	メトレキサート	検体量	血清 0.5 ml	血清 1.0 ml		
		検査方法	EIA	FPIA		
		基準値 (治療濃度範囲)	危険限界濃度		中毒域	
			24時間値	10以上	24時間値	10以上
			48時間値	1以上	48時間値	1以上
			72時間値	0.1以上	72時間値	0.1以上
			($\mu\text{mol/l}$)		($\mu\text{mol/l}$)	
採血時刻	メトレキサート・ロイコボリン 救援療法時 24、48、72時間	大量投与療法の場合 投与後 24、48、72時間				
報告範囲	0.04 未満 0.04～99900.00	0.03 以下 0.04～99900.00				
1635	デハイドロエピアンドロ ステロンサルフェート (DHEA-S)	検査方法	CLEIA	RIA(チューブ固相法)		
		報告下限値	2 $\mu\text{g/dl}$ 未満	5 $\mu\text{g/dl}$ 未満		
		所要日数	3～5日	5～11日		
		基準値	下表参照			

※DHEA-S 基準値

	新基準値 ($\mu\text{g/dl}$)		旧基準値 ($\mu\text{g/dl}$)	
	男性	女性	男性	女性
20～29歳	159～538	92～399	138～519	73～322
30～39歳	125～475	58～327	98～516	50～270
40～49歳	123～422	41～218	68～429	33～262
50～59歳	76～386	30～201	53～342	18～210
60歳以上	—	—	13～264	13～154

■変更実施期日

平成27年 1月 5日(月) 受領分より