

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、此の度、下記の項目につきまして本年9月末より基準値等を変更させていただくことに致しましたので、取り急ぎご案内する次第です。

誠に勝手ではございますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

謹白

記

検査内容変更項目

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
532	抗サイログロブリン抗体 (Tg-Ab)	基準値	0.3 U/ml 未満	0.7 U/ml 未満	測定試薬の変更
1185	イントキシン定量(ES法)	基準値	5.0 pg/ml 未満	10.0 pg/ml 以下	現行試薬の 販売中止
1216	インフルエンザ(HI)	測定株	A/ニューカドニア /20/99(H1N1) A/ニューヨーク /55/2004(H3N2) B/上海/361/2002	A/ニューカドニア /20/99(H1N1) A/ワイオミング /3/2003(H3N2) B/上海/361/2002	指定ワクチン株 に準拠
1869	可溶性インターロイキン-2 レセプター(sIL-2R)	基準値	124~466 U/ml	135~483 U/ml	測定試薬の変更

実施期日

平成17年9月30日(金) 受付日分より

但し、インフルエンザのみ10月31日(月)からの変更になります。

※ 裏面に検査中止項目のお知らせがございますのでご覧下さい。



検査中止項目

コード	検査項目名	中止理由	代替検査項目
584	エストラジオール(E ²)〈尿〉	受託実績僅少	0564 エストラジオール(E ²)〈血清〉
585	エストリオール(E ³)〈尿〉		1234 総エストリオール(E ³)〈尿〉
1597	サイトロヒン放出ホルモン(TRH)		
2676	テロメラゼ活性		

最終受付日

平成 17 年 9 月 29 日 (木)