

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、この度、別掲の項目につきまして本年 4 月より検査方法・基準値等を変更させていただくことに致しました。また、受託を中止させていただく項目がございますので、併せて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

対象項目

検査案内掲載頁	コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
30P	643	プリミドン *	検査方法	EMIT	FPIA	現行試薬の 販売中止
			有効治療濃度	5~12 $\mu\text{g/ml}$	5~10 $\mu\text{g/ml}$	
37P	501	成長ホルモン (GH)(血清)	検査方法	CLEIA	IRMA(ビース固相法)	non-RIA 試薬 の採用
			基準範囲	M 0.003~0.971 ng/ml F 0.010~3.607 ng/ml	M 0.64 ng/ml 以下 F 0.11~3.90 ng/ml	
42P	555	コルチゾール	検査方法	CLEIA	RIA (チューブ固相法)	
			基準範囲	4.0~19.3 $\mu\text{g/dl}$	4.0~23.3 $\mu\text{g/dl}$	
44P	572	インスリン抗体	試薬	承認試薬	自家調整試薬	承認試薬の採用
			基準範囲	結合率 0.4 % 未満 濃度 125 nU/ml 未満	結合率 10.0 % 以下 —	
			検体量	血清 0.3 ml	血清 1.5 ml	
68P	684	ミオグロビン (尿)	検査方法	RIA	IRMA(ビース固相法)	現行試薬の 販売中止
			基準範囲	10 ng/ml 未満	5 ng/ml 未満	
			検体量	尿 10 ml	尿 3 ml	
			専用容器	黄色ゴムキャップ [®]	白色プラスチックキャップ [®]	専用容器は予めご 請求下さい。 旧容器はご使用に なりません。

実施期日

- 平成 21 年 3 月 2 日(月)より (* プリミドン)
- 平成 21 年 4 月 1 日(水)より

※裏面をご覧ください。



札幌臨床検査センター株式会社
SAPPORO CLINICAL LABORATORY INC.

成長ホルモン(GH)／コルチゾール

成長ホルモン(GH)ならびにコルチゾールの測定試薬を高精度な non-RIA 試薬に変更致します。
この変更により所要日数の短縮が可能となります。

また、基準値を GH はメーカー設定基準値、コルチゾールは弊社健常者実測値に基づくものに変更致します。

■ 検査方法参考文献

【GH】岩原邦宏, 他:医学と薬学 52 : 255-259, 2004.

【コルチゾール】花田浩之, 他:医学と薬学 55 : 145-150, 2006.

抗インスリン抗体

測定試薬を体外診断薬承認試薬に変更致します。新試薬は ^{125}I -インスリンとの結合率ならびに定量報告が可能で、低抗体価のインスリン自己抗体検出に優れます。

測定試薬の変更に伴い、基準値をメーカー推奨基準値に変更致します。

■ 検査方法参考文献

【抗インスリン抗体】村上寛, 他:医学と薬学 60 :289-297, 2008.

ミオグロビン〈尿〉

現行試薬の販売中止に伴い、代替試薬による RIA 法の測定試薬に変更致します。
基準値をメーカー推奨値、採取容器をメーカー専用容器に変更致します。

■ 検査方法参考文献

【尿中ミオグロビン】吉川文雄, 他:医学と薬学 37 :1255-1259, 1997.

受託中止項目一覧

検査案内掲載頁	コード	検査項目名	中止理由	代替検査項目
53P	614	麻疹《CF》	試薬販売中止	1395 麻疹 IgG 《EIA》
75P	972	イヌ上皮（特異的 IgE）	試薬販売中止	975 イヌ(フケ)
	1816	尿中 HCG β -コアフラグメント定量	試薬販売中止	
	1836	TTV 核酸検出	受託僅少	
	3022	3-メチルヒスチジン	受託僅少	
	3152	ヒ素〈血液〉	受託僅少	

最終受付日

● 平成21年3月28日(土)