

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、下記項目の検査内容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申し上げます。

誠に勝手ではございますが、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

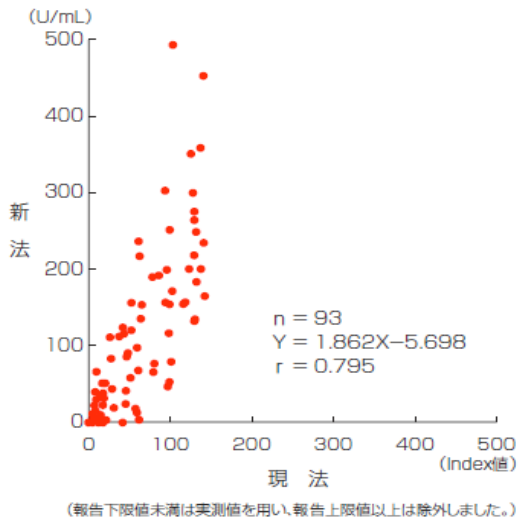
コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
2624	抗デスマグレイン1抗体	検査方法 基準値 単位	CLEIA 20.0未満 U/ml	ELISA 14未満	
2625	抗デスマグレイン3抗体	検査方法 基準値 単位	CLEIA 20.0未満 U/ml	ELISA 7未満	測定範囲の 広い測定試 薬へ変更
2878	抗BP180抗体	検査方法 基準値 単位	CLEIA 9.0未満 U/ml	ELISA 9未満	
3343	インタクトP1NP	基準値	男性 19.0~83.5 閉経前女性 17.1~64.7 閉経後女性 21.9~79.1 (μg/l)	男性 19.0~83.5 閉経前女性 14.9~68.8 閉経後女性 27.0~109.3 (μg/l)	ガイドライン 記載の基準 値へ変更

実施期日

- 平成 25 年 12 月 5 日(木)受付分より

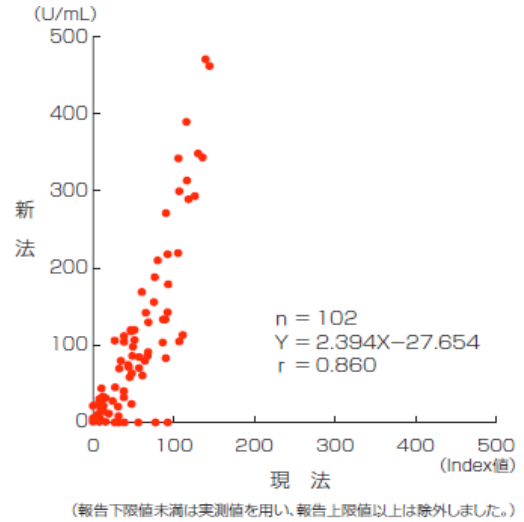
新旧二法の比較

【抗デスモグレイン 1 抗体】



		現試薬			
		陽性	判定保留	陰性	合計
新試薬	陽性	66	6	5	77
	陰性	7	5	15	27
	合計	73	11	20	104

【抗デスモグレイン 3 抗体】



		現試薬			
		陽性	判定保留	陰性	合計
新試薬	陽性	74	7	1	82
	陰性	10	22	7	39
	合計	84	29	8	121

【抗 BP180 抗体】

