

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。

この度弊社では下記の検査項目につきまして、測定機器・試薬を変更させていただきます。併せて検査方法、基準値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	変更箇所	新	旧	備考
571 575	インスリン インスリン(負荷)	検査方法	CLEIA 法	EIA 法	総合検査のご案内 P44 インスリンアナログ 製剤に反応しない 試薬になります。
		基準値	μ IU/mL (空腹時負荷前) 1.1 ~ 9.0	μ U/mL (空腹時負荷前) 1.1 ~ 17.0	
		報告下限	0.3	1.0	
1878	BNP (脳性 Na 利尿ポリ ペプチド)	検査方法	CLEIA 法	EIA 法	総合検査のご案内 P45
		報告下限	pg/mL 2.0	pg/mL 4.0	

実施期日

- 平成 30 年 5 月 14 日 (月) 受付日分より

社内検討データ

