

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、厚く御礼申し上げます。

この度、別掲の検査項目につきまして、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、事情をご賢察の上、何卒ご了承のほどお願い申し上げます。

謹白

記

対象項目 / 変更内容

- 別掲の一覧表をご参照下さい。

変更期日

- 令和2年3月16日（月）受付分より

検査内容変更項目一覧

項目コード	項目名	変更内容	新	旧	備考 総合検査のご案内 掲載頁
217	HBs 抗原	検査方法	CLIA	MAT	P59
218	HBs 抗体	検査方法	CLIA	PHA	P59
507	プロラクチン	報告下限	0.82 ng/mL	0.60 ng/mL	測定機種変更に伴う 変更 P37
520	FT3	基準値	2.4 ~ 4.0 pg/mL	2.5 ~ 3.5 pg/mL	定期的基準値見直しによる、より適切な 数値の採用 P38
524	TSH	基準値	0.54 ~ 4.26 μ IU/mL	0.75 ~ 4.11 μ IU/mL	定期的基準値見直しによる、より適切な 数値の採用 P37
530	FT4	基準値	0.76 ~ 1.65 ng/mL	0.68 ~ 1.26 ng/mL	定期的基準値見直しによる、より適切な 数値の採用 P38
602	HBs 抗体(CLIA)	報告下限	(-) 2.0 mIU/mL	(-) 2.5 mIU/mL	測定機種変更に伴う 変更 P59
624	フェリチン	報告上限	33510 ng/mL	39999 ng/mL	測定機種変更に伴う 変更 P67
		報告下限	2.0 ng/mL	1.0 ng/mL	
825	NSE (神経特異エノラーゼ)	基準値	16.3 ng/mL 以下	12.0 ng/mL 以下	定期的基準値見直しによる、より適切な 数値の採用 P49
2429	抗 CCP 抗体	報告上限	1173.5 U/mL	1199 U/mL	測定機種変更に伴う 変更 P70
3112	NT-proBNP (ヒト脳性 Na 利尿ペプチド 前駆体N端フラグメント)	検査方法	CLIA 法	ECLIA 法	測定機種変更に伴う 変更 P45
		報告下限	9 pg/mL	5 pg/mL	

※ 217 HBs 抗原および、218 HBs 抗体については、測定方法の変更となりますが、従来通り、定性値のみのご報告となります。

社内検討データ

		従来法		合計
		+	-	
新法	+	41(100%)	0	41例
	-	0	57(100%)	57例
合計		41例	57例	98例

217 HBs抗原 一致率

		従来法		合計
		+	-	
新法	+	60例(95%)	3例(5%)	63例
	-	2例(3%)	62例(97%)	64例
合計		62例	65例	127例

218 HBs抗体 一致率

