

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、下記項目につきまして検査内容を変更させていただく事となり、取り急ぎご案内いたします。

誠に勝手ではございますが、何卒事情ご了承の程お願い申し上げます。

謹白

記

対象項目

項目コード	検査項目	検査案内掲載頁
2195	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)	P. 50

※変更内容についての詳細は次頁以降をご確認下さい。

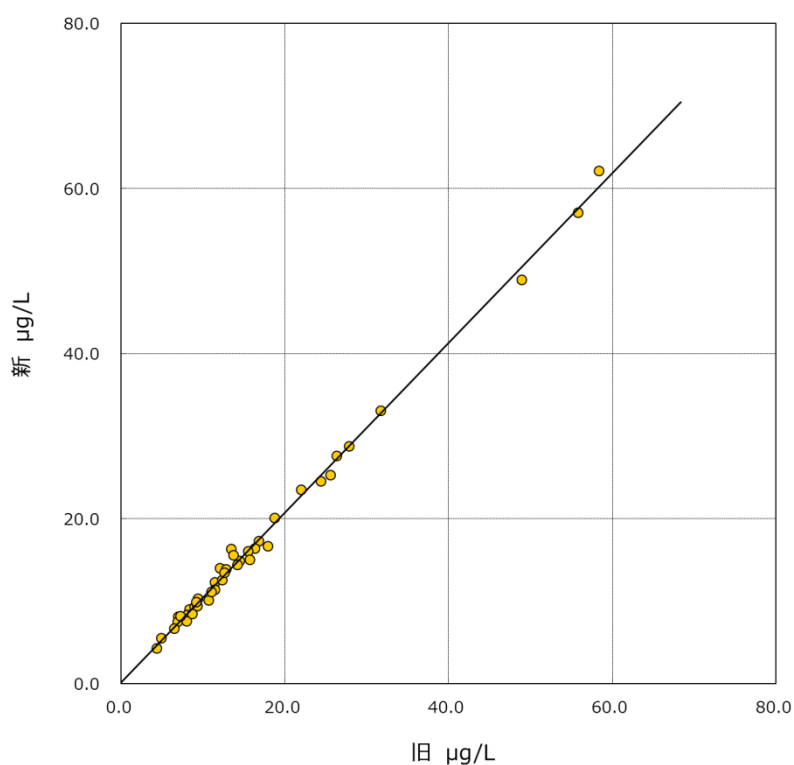
変更期日

- 令和6年4月1日(月) 受付分より

●骨型アルカリフォスファターゼ (BAP)

▼新旧の比較

項目番号	検査項目	変更内容	新	旧
2195	骨型アルカリフォスファターゼ (BAP)	検査方法	CLEIA法	同左
		報告範囲	0.2 ~ 999998 µg/L	0.2 ~ 99900000 µg/L
		報告上限	999999 µg/L 以上	99900000 µg/L
		報告下限	0.1 µg/L 以下	0.1 µg/L 以下
		基準値	男性 : 3.7 ~ 20.9 µg/L 女性 閉経前 : 2.9 ~ 14.5 µg/L 女性 閉経後 : 3.8 ~ 22.6 µg/L メーカー参考値より	同左
		報告桁数 (小数)	整数4桁まで小数第1位、 整数5桁から整数表示	有効桁3桁、小数第1位
		委託先	自社にて測定	株式会社エスアールエル
		所要日数	2 ~ 3日	3 ~ 5日
	備考	検査案内掲載頁P.50	同左	



$$y=1.028x + 0.167$$

$$r=0.998$$

$$n=41$$