

お知らせ

INFORMATION

No.2018-07
2018年2月
病体生理研究所

検査内容の変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当研究所をご利用いただきまして誠に有り難うございます。

この度、下記項目におきまして、委託先による変更および基準値の見直しにより内容の変更をさせていただきます。

何卒、ご了解賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

【基準値等の見直しとなる項目】

コード	項目名	コード	項目名
12531	CK-MB UV法	62262	精液検査(精子数)
61639	胎生ヘモグロビン	14788	赤血球表面マーカー検査 CD55 ※
11854	蓄尿中 銅 (Cu)	15279	赤血球表面マーカー検査 CD59 ※
11855	鉛 (Pb)	11094	総メタネフリン(蓄尿) ※
17463	抗ミュラー管ホルモン(AMH)	12477	11-デオキシコルチゾール ※
15148	HER-2 蛋白(血清)	15116	EB 抗 EA-IgG EIA 法 ※
10357	トランスフェリン	15114	EB 抗 VCA-IgG EIA 法 ※
10375	α2マクログロブリン	15115	EB 抗 VCA-IgM EIA 法 ※
17450	HBV ジェノタイプ	12126	HVA (ホモバニリン酸)(髄液) ※
60618	コプロポルフィリン定性		

※は検査案内未掲載項目です。

《2018年4月2日(月)受付分より》

一般財団法人東京保健会 病体生理研究所

〒173-0032 東京都板橋区大谷口上町26-2 電話 03-3956-4101 (代表)

【基準値等の見直しについて】

検査項目 〔コード〕 検査案内掲載頁 検査実施施設	変更箇所	新	従来	備考
CK-MB UV 法 Total 値 〔12531〕 P.2 S	基準値	Total 値 M:62~287 F:45~163 U/L	Total 値 32~197 U/L	検査案内には Total 値 の基準値は掲載して おりません。
胎生ヘモグロビン 〔61639〕 P.15 M	備考	削除	注⑦へパリン 加血液測定可	再委託先の検査材料 の見直しのため。
蓄尿中 銅 (Cu) 〔11854〕 P.19 S	報告範囲	尿量により変更~ 999000.0	0.0~ 999999.9	報告下限の見直しに よる再設定。
鉛 (Pb) 〔11855〕 P.20 M	基準値	1.0 以下 μ g/dL	未設定 μ g/dL	再委託先の基準値の 見直しのため。
抗ミューラー管 ホルモン (AMH) 〔17463〕 P.36 S	検査方法	ECLIA	CLEIA	体外診薬の承認を受け た試薬への変更のため。 (従来法との相関は最 終頁参照)
	基準値 単位	女性 20~24 歳:2.00~12.5 25~29 歳:1.95~10.7 30~32 歳:0.64~14.2 33~35 歳:0.89~8.31 36~38 歳:0.40~6.92 39~41 歳:0.11~7.26 42~44 歳:0.07~4.13 45~49 歳:1.52 以下 男性 0.77~14.5 ng/mL (メーカー設定値)	設定なし	
	報告範囲	0.01 未満 0.01~99900000	0.02 未満 0.02~ 99900000	
HER-2 蛋白 (血清) 〔15148〕 P.45 S	基準値	15.2 以下 ng/mL	15.2 未満 ng/mL	
トランスフェリン 〔10357〕 P.51 S	基準値	M:190~300 F:200~340 mg/dL	190~300 mg/dL	定期見直しのため。 (2017 年版検査案内 は変更済みです)
α2 マクログロブリン 〔10375〕 P.51 S	基準値	M:100~200 F:130~250 mg/dL	100~200 mg/dL	

検査項目 検査項目 〔コード〕	検査案内掲載頁 検査実施施設	変更箇所	新	従来	備考
HBV ジェノタイプ 〔17450〕	P.58 S	所要日数	3~8 日	3~10 日	再委託先による日数短縮のため。
コプロポルフィリン定性 〔60618〕	P.92 M	基準値	(-)	(-)-(+-)	定期見直しのため。 (2017 年版検査案内は変更済みです)
精液検査 (精子数) 〔62262〕	P.93 M	基準値	20.0×10 ⁶ /mL 以上	50.0×10 ⁶ /mL 以上	
赤血球表面マーカー 検査CD 5 5 〔14788〕	未掲載 S	基準値	85.4 以上 %	85 以上 %	
赤血球表面マーカー 検査CD 5 9 〔15279〕	未掲載 S	基準値	99.8 以上 %	99 以上 %	
総メタネフリン(蓄尿) 〔11094〕	未掲載 S	基準値	0.13~0.52 mg/day	0.05~0.51 mg/day	
1 1 - デオキシコルチ ゾール 〔12477〕	未掲載 S	基準値	M:0.04~1.16 F:0.11~0.60 ng/mL	0.04~1.16 ng/mL	定期見直しのため。
EB 抗 EA-IgG EIA 法 〔15116〕	未掲載 S	基準値	(-)0.5 未満	(-)1.0 未満	
EB 抗 VCA-IgG EIA 法 〔15114〕	未掲載 S	基準値	(-)0.5 未満	(-)1.0 未満	
EB 抗 VCA-IgM EIA 法 〔15115〕	未掲載 S	基準値	(-)0.5 未満	(-)1.0 未満	
HVA (ホモバニリン酸) (髄液) 〔12126〕	未掲載 S	基準値	基準値なし	10~70 ng/mL	《参考》HVA 畜尿 (検査案内 P.33) は変 更ありません。

【新法と従来法の相関】

抗ミューラー管ホルモン

