

お知らせ

INFORMATION

No.2020-25
2020年11月
病体生理研究所

検査内容変更について

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、下記項目において検査内容の変更の御案内をさせていただきます。

何卒、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

【変更項目】

検査案内頁	コード	検査項目
11	10447	グリココール酸(CG)
16	16820	25-OH ビタミンD(骨粗鬆症)
23	11854	Cu(銅)(尿中)
25	11819	ポルフォビリノーゲン
40	10273	アンギオテンシン I
40	10274	アンギオテンシン II
40	10259	血中 11-OHCS
45	11150	サイクリック AMP
45	11151	サイクリック AMP(尿)
47	10407	ガストリン
58	12819	心室筋ミオシン軽鎖 I
67	10310	マイコプラズマ(CF)
70	15054	淋菌核酸増幅同定(男子初尿)
70	12077	クラミジアトラコマチス核酸増幅同定(男子初尿)

検査案内頁	コード	検査項目
70	10345	オーム病クラミドフィラ
77	10320	インフルエンザウイルス A型(CF)
77	10321	インフルエンザウイルス B型(CF)
77	10329	日本脳炎ウイルス(CF)
77	10326	ムンプスウイルス(CF)
77	10346	RSウイルス(CF)
77	10327	アデノウイルス(CF)
78	10341	単純ヘルペスウイルス(CF)
78	10348	水痘・帯状疱疹ウイルス(CF)
78	10347	サイトメガロウイルス(CF)
79	10334	コクサッキーウイルス A群9型(CF)
80	10335	コクサッキーウイルス B群1型(CF)
80	10336	コクサッキーウイルス B群2型(CF)
80	10337	コクサッキーウイルス B群3型(CF)
80	10338	コクサッキーウイルス B群4型(CF)
80	10339	コクサッキーウイルス B群5型(CF)
80	10340	コクサッキーウイルス B群6型(CF)

※詳しくは中面をご参照下さい。

《変更日》 2020年12月3日(木) 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)

【変更内容】

検査項目 〔コード〕 案内掲載頁 検査実施施設	変更箇所	新	従来	備考	
グリココール酸(CG) 〔10447〕 P.11 S	所要日数	3~10日	4~6日	所要日数の変更	
25-OHビタミンD (骨粗鬆症) 〔16820〕 P.11 M	検体 必要量	血清 0.5mL	血清 0.3mL	検体必要量の変更	
銅(Cu) (尿中) 〔11854〕 P.23 S	所要日数	3~8日	3~7日	所要日数の変更	
ポルフォビリノーゲン 〔11819〕 P.25 S	所要日数	3~10日	4~8日	所要日数および報 告範囲の変更	
	報告範囲	(尿量により変 更) ~999.9	0.1未満、 0.1~99999999		
アンギオテンシン I 〔10273〕 P.40 S	所要日数	7~14日	6~9日	所要日数の変更	
アンギオテンシン II 〔10274〕 P.40 S					
血中11-OHCS 〔10259〕 P.40 S	所要日数	3~10日	3~8日		
サイクリックAMP 〔11150〕 P.45 S	所要日数	事前にご確認 ください。	4~11日		
サイクリックAMP(尿) 〔11151〕 P.45 S					
ガストリン 〔10407〕 P.47 S	所要日数	3~7日	3~6日		
心室筋ミオシン軽鎖 I 〔12819〕 P.58 S	所要日数	3~8日	3~7日		
淋菌核酸増幅同定 (男子初尿) 〔15054〕 P.70 B	検体材料	初尿	男子初尿		今年度の保険点数 改正により、男女 の別なく保険点数 が収載されたため
クラミジアトラコマチス 核酸増幅同定(男子初尿) 〔12077〕 P.70 B	検体材料	初尿	男子初尿		

検査項目 〔コード〕 案内掲載頁 検査実施施設	変更箇所	新	従来	備考
下記ウイルス検査 (CF法)18項目の 共通変更点	測定場所	北里大塚 バイオメディカル アッセイ研究所	SRL	検査測定場所 変更のため
	所要日数	5～8日	4～7日	
	報告範囲	4未満、 4～67108864 (以上報告なし)	4未満、 4～512、 1024以上	
	報告内容	(非特異反応が認め られた際の報告) 「非特異反応のた め判定不能とさせ ていただきます。」	(非特異反応が認め られた際の報告) 「非特異反応が認め られたため〇〇 法をお勧めいたし ます。」	

検査案内頁	項目コード	検査項目
67	10310	マイコプラズマ(CF)
70	10345	オーム病クラミドフィラ(CF)
77	10320	インフルエンザウイルス A型(CF)
77	10321	インフルエンザウイルス B型(CF)
77	10329	日本脳炎ウイルス(CF)
77	10326	ムンプスウイルス(CF)
77	10346	RSウイルス(CF)
77	10327	アデノウイルス(CF)
78	10341	単純ヘルペスウイルス(CF)
78	10348	水痘・帯状疱疹ウイルス(CF)
78	10347	サイトメガロウイルス(CF)
79	10334	コクサッキーウイルス A群9型(CF)
80	10335	コクサッキーウイルス B群1型(CF)
80	10336	コクサッキーウイルス B群2型(CF)
80	10337	コクサッキーウイルス B群3型(CF)
80	10338	コクサッキーウイルス B群4型(CF)
80	10339	コクサッキーウイルス B群5型(CF)
80	10340	コクサッキーウイルス B群6型(CF)

以上