

検査内容の変更及び受託中止項目のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
 平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。
 この度、下記検査項目につきまして、検査内容の変更、及び検査の受託測定を中止させていただくこととなりましたのでお知らせ致します。
 誠に勝手ではございますが、弊社事情ご賢察の上、何卒宜しくお願い申し上げます。
 敬 具

2009年2月

検査内容の変更

ムコ蛋白 (酸可溶性蛋白)	セキリアメーバ抗体 I g G 及び I g M
イオン化カルシウム (C a ²⁺)	クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原
リポ蛋白分画精密測定	抗 J o-1 抗体/D I D オクタロニー法
グルカゴン(膵)	P R 3-ANCA (抗好中球細胞質抗体)
ガストリン	MPO-ANCA (抗好中球細胞質抗体)
尿中カテコールアミン3分画	HPV-DNA型判定
コクサッキーウイルスA4型/CF法	抗皮膚抗体
EBV-EBNA/ELISA法	上皮細胞中アデノ抗原
ウイルス分離・同定	ヒ素 (As)
遊離ヘモグロビン (血清ヘモグロビン)	17-K S7 分画

変更期日：2009年3月28日(土)受付分より

プロテインS (遊離型抗原量)	コハク酸シベンゾリン
アミオダロン	フレカイニド
ピルメノール	CAP-RAST・吸入性セット

変更期日：2009年3月31日(火)受付分より

HBc抗体価/PHA法

変更期日：2009年4月4日(土)受付分より

検査の受託中止

イヌ上皮 (特異的 I g E)	カタラーゼ
サイトメガロ I g G/F A法	Dキシロース
サイトメガロ I g M/F A法	ヘモグロビンA1 (HbA1)
単純ヘルペス I g G/F A法	糸球体濾過値 (GFR)
単純ヘルペス I g M/F A法	腎血漿流量 (RPF)
水痘・帯状ヘルペス I g G/F A法	抗 ds-DNA抗体 I g G/F A法
水痘・帯状ヘルペス I g M/F A法	抗 ds-DNA抗体 I g M/F A法
HCGβコアフラグメント	抗 ds-DNA抗体 I g A/F A法
3-メチルヒスチジン	抗セントロメア抗体/IFA法

最終受託日：2009年3月30日(月)受付分まで

◆検査内容の変更

項目名	変更内容	新	現行	備考
ムコ蛋白	検体必要量	血清 0.3ml・冷蔵	血清 0.5ml・凍結	検査内容の見直し及び基準範囲の再設定
	基準範囲	65.8～142.7mg/dl	60.0～140.0mg/dl	
	所要日数	3～5日	4～6日	
イオン化カルシウム	提出条件	流動パラフィン＋ 血清 0.6ml・冷蔵 ⑩分離剤入り容器に 5ml 採血後、ゴム栓に注射針を刺し流動パラフィンを 1ml 注入。室温に 30 分放置後、血清分離。血清と流動パラフィンを別容器に移す。 (流動パラフィンは市販品をご使用下さい。)	血清 1.0ml 必ず凍結	検査内容の見直し
	基準範囲	2.25～2.50mEq/l	2.41～2.72mEq/l	
	所要日数	3～5日	7～10日	
リポ蛋白分画精密測定	グラフ報告書	電極(－)が左	電極(＋)が左	グラフ報告書の電極位を変更
グルカゴン	基準範囲	70～160pg/ml	40～140pg/ml	基準範囲の再設定
ガストリン	基準範囲	42～200pg/ml	30～150pg/ml	基準範囲の再設定
尿中カテコールアミン 3分画	基準範囲	A D:3.0～41.0 NAD:31.0～160 D A:280～1100 単位: μ g/day	A D:1～29 NAD:26～230 D A:310～1140 単位: μ g/day	基準範囲の再設定
ココサッキーA4型/CF	所要日数	7～10日	4～7日	所要日数の見直し
EBV-EBNA/ELISA	所要日数	6～9日	4～7日	所要日数の見直し
ウイルス分離・同定	項目コードの統一	ウイルス分離同定:3577	ウイルス分離:3577 ウイルス同定:3578	一連の流れで検査
	コードの新設	コード:5735 単純ヘルペス分離同定	上記項目と共用	項目コードを新たに設定
遊離ヘモグロビン	検査項目名	血漿ヘモグロビン	血清ヘモグロビン	検査方法および検体材料の変更
	採取容器	⑬ヘパリン容器	⑩分離剤入容器	
	検体必要量	血漿 1.0ml	血清 0.5ml	
赤痢アメーバ抗体IgG	所要日数	6～9日	4～6日	所要日数の見直し
赤痢アメーバ抗体IgM	所要日数	6～9日	4～6日	所要日数の見直し
C.ネオフォルマンズ抗原	報告形式	(-)1～最終値	1～最終値	検査内容の見直し
	基準範囲	(-)	1未満	
	所要日数	3～6日	4～7日	
抗Jo-1抗体 /DIDオクタロニー法	検体必要量	血清 0.3ml・冷蔵	血清 0.5ml・凍結	検査内容の見直し
	報告形式	(-)1～最終値	1～最終値	
	基準範囲	(-)	1未満	
	所要日数	5～8日	4～6日	
PR3-ANCA	検体必要量	血清 0.2ml・冷蔵	血清 0.5ml・凍結	検査内容の見直し
	報告範囲	1.3～最終値 U/ml	3.1～500U/ml	
MPO-ANCA	検体必要量	血清 0.2ml・冷蔵	血清 0.5ml・凍結	検査内容の見直し
	報告範囲	1.3～最終値 U/ml	3.1～500U/ml	

項目名	変更内容	新	現行	備考
HPV-DNA型判定	報告形式	判定:陰性、陽性	判定:(-)、(+)	報告形式の変更
抗皮膚抗体	所要日数	7~10日	4~6日	所要日数の見直し
上皮細胞中アデノ抗原	容器	専用容器・リン酸緩衝液 (ご注意:専用容器以外は受託できません)	①滅菌容器 (生理食塩水を加えてください。)	検査内容の見直し
	提出条件	綿棒等で角結膜又は咽頭を拭い、専用容器に綿棒を入れたまま密栓し、凍結でご提出下さい。	綿棒等で角結膜又は咽頭を拭い、適当量(0.5ml程度)の生理食塩水に浸し冷蔵でご提出下さい。	
	基準値標記	陰性	(-)	
	所要日数	3~10日	4~8日	
ヒ素	検体必要量	⑬容器 7ml・冷蔵	⑭容器 1ml・冷蔵	米国 QDCL 社へ委託に変更
	基準範囲	23 未満 $\mu\text{g}/\text{l}$	0.05 未満 $\mu\text{g}/\text{ml}$	
	所要日数	14~20日	7~14日	
17-KS7 分画	検体必要量	蓄尿 12.0ml・冷蔵 (酸性蓄尿は避けて下さい)	蓄尿 5.0ml・冷蔵 (トルエン 1~2ml を加え蓄尿)	受託数僅少の為、外注化
	基準範囲	下表参照	下表参照	
	所要日数	7~9日	4~8日	
プロテイン S(遊離型)	所要日数	3~5日	3~10日	所要日数の見直し
アミオダロン	検査方法	LC-MS/MS法	HPLC法	精度向上
ピルメノール				
コハク酸シベンゾリン				
フレカイニド				
CAP-RAST吸入性セット	項目内容変更	イヌ皮膚屑を追加	イヌ上皮を削除	イヌ上皮の試薬販売中止の為
HBc抗体価/PHA	基準範囲	64 倍未満	2 ⁶ 未満	報告標記の変更

17-K S 7 成分	新(単位:mg/day)		現行(単位:mg/day)	
	男性	女性	男性	女性
アンドロステロン	1.10~4.20	0.40~3.00	1.1~4.8	0.2~2.8
エチオコラノロン	0.55~2.60	0.30~2.50	0.4~3.3	0.1~2.4
デヒドロエピアンドロステロン	0.12~5.20	0.04~2.60	3.0以下	1.5以下
11-ヒドロキシアンドロステロン	0.40~2.30	0.22~1.60	0.3~2.1	0.1~1.2
11-ヒドロキシエチオコラノロン	0.03~0.65	0.02~0.65	0.6以下	0.8以下
11-ケトエチオコラノロン	0.04~0.65	0.03~0.50	0.7以下	0.7以下
11-ケトアンドロステロン	0.12以下	0.07以下	0.5以下	0.5以下

◆ 検査の受託中止

受託中止項目	備考	関連項目
イヌ上皮 (特異的 I g E)	試薬販売中止のため	イヌ皮膚 (特異的 I g E)
サイトメガロ I g G/F A法		サイトメガロ I g G/E I A法
サイトメガロ I g M/F A法		サイトメガロ I g M/E I A法
単純ヘルペス I g G/F A法		単純ヘルペス I g G/E I A法
単純ヘルペス I g M/F A法		単純ヘルペス I g M/E I A法
水痘・帯状ヘルペス I g G/F A法		水痘・帯状ヘルペス I g G/E I A法
水痘・帯状ヘルペス I g M/F A法		水痘・帯状ヘルペス I g M/E I A法
HCG β コアフラグメント		
3-メチルヒスチジン	受託数僅少の為	
カタラーゼ		
Dキシロース		
ヘモグロビン A 1		ヘモグロビン A 1 c
糸球体濾過値 (GFR)		イヌリンクリアランス
腎血漿流量 (RPF)		イヌリンクリアランス
抗 d s-DNA抗体 I g G/F A法		抗 d s-DNA抗体 I g G/E L I S A法
抗 d s-DNA抗体 I g M/F A法		抗 d s-DNA抗体 I g M/E L I S A法
抗 d s-DNA抗体 I g A/F A法		
抗セントロメア抗体/ I F A法		抗セントロメア抗体/E L I S A法

お問い合わせは最寄りの営業所 または、
本社・研究所にお願いいたします。

SMS 株式会社 **昭和メディカルサイエンス**
本社・研究所：東京都町田市鶴間541番地2
TEL 042 (795) 6000