

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。

平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、下記の検査項目につきまして、検査内容の変更をさせていただくこととなりましたので、ご案内申し上げます。

先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

2025 年 2 月

【記】

◇検査内容変更項目

項目 コード	検査項目名
4314	プレアルブミン(トランスサイレチン)
2870	P型アミラーゼ(膵アミラーゼ)

項目 コード	検査項目名
4701	レチノール結合蛋白(RBP)
5256	STN(シアリルTn抗原)

変更期日：2025年3月31日(月)受付分より

項目 コード	検査項目名
3793	タクロリムス
4150	TRACP-5b定量
2422	2,5ヘキサンジオン

項目 コード	検査項目名
5230	シクロスポリン
2421	N-メチルホルムアミド
3558	HPV簡易ジェノタイプ

変更期日：2025年4月1日(火)受付分より

◇採取容器名称変更

容器番号	容器名
㊦	HCV-RNA容器

変更期日：2025年4月1日(火)受付分より

※ 詳細は次頁をご参照ください

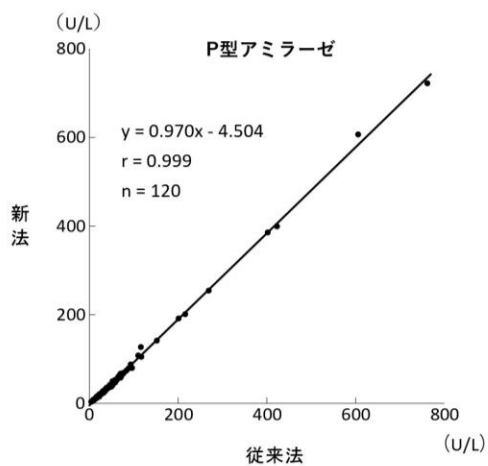
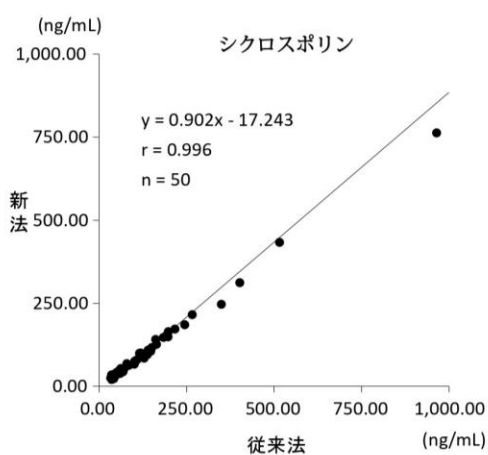
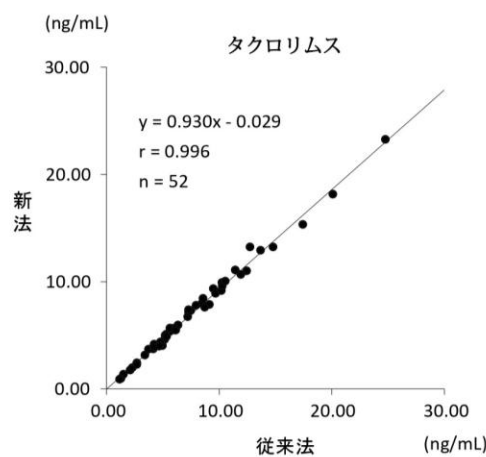
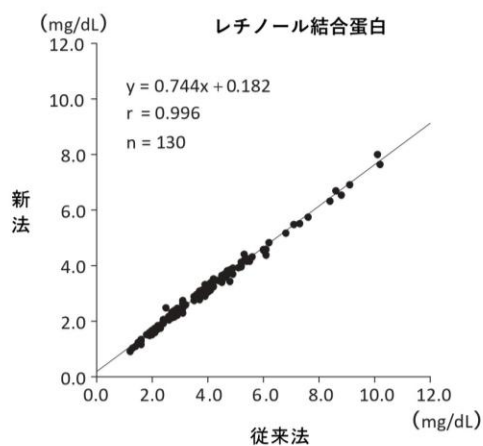
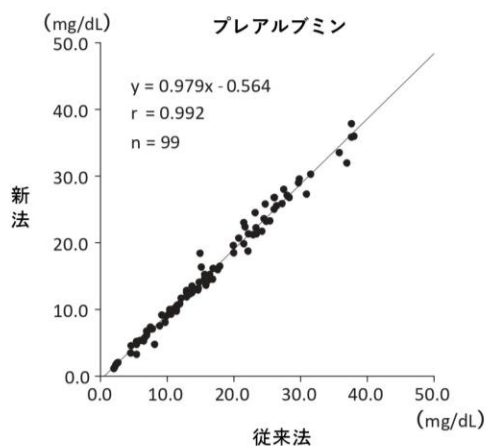
◇検査内容変更項目

項目コード	検査項目名	変更内容	新	従来	備考	
4314	プレアルブミン (トランスサイレチン)	検査方法	免疫比濁法	ネフェロメトリー法	検査精度向上を目的 した測定試薬の変更	
		報告範囲	0.2未満～最終値	0.5未満～最終値		
4701	レチノール結合蛋白 (RBP)	検査方法	ラテックス凝集比濁法	ネフェロメトリー法		検査精度向上を目的 した測定試薬の変更
		基準範囲	M： 2.7～6.0 mg/dL	2.5～7.1 mg/dL		
			F： 1.9～4.6 mg/dL			
	報告範囲	0.1未満～最終値	0.2未満～最終値			
3793	タクロリムス	検査方法	CLEIA法	ECLIA法	検査精度向上を目的と した測定試薬の変更	
		基準範囲	トラフ：5～20 ng/mL	設定なし		
		報告範囲	0.5以下～80.0以上	1.5以下～最終値		
5230	シクロスポリン	検査方法	CLEIA法	ECLIA法		
		報告範囲	30未満～4000以上	30未満～99999以上		
2870	P型アミラーゼ (膵アミラーゼ)	基準範囲	16～52 U/L	19～53 U/L	JSCC勧告法試薬 の採用	
		報告範囲	3未満～最終値	1～最終値		
4150	TRACP-5b定量	基準範囲	M： 170～590 mU/dL	M ： 170～590 mU/dL	「日本骨粗鬆症学会骨 代謝マーカー検討委員 会」によるガイドライ ンに準拠	
	F ： 120～420 mU/dL (YAM)		F閉経前： 120～420mU/dL (YAM) F閉経後： 250～760 mU/dL			
5256	STN(シアリルTn抗原)	所要日数	3～9日	3～6日		所要日数の見直し
2421	N-メチルホルムアミド	所要日数	3～6日	5～6日		
2422	2,5ヘキサンジオン	所要日数	3～6日	5～6日		
3558	HPV簡易ジェノタイプ	保存条件	常温	冷蔵	所要日数及び保存条件 の見直し	
		所要日数	3～5日	4～6日		

◇採取容器名称変更

容器番号	新容器名称	従来容器名称	備考
⑤②	ウイルス遺伝子(血清)容器	HCV-RNA容器	容器名称の適正化

◇新法と従来法の相関



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：東京都町田市南町田三丁目45番18号
TEL 042 (795) 6000