

検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り、誠にありがとうございます。

このたび、別掲の項目におきまして、定期的な見直しに伴い検査内容の一部を変更させて頂きたくご案内いたします。

誠に勝手ではございますが、弊社事情をご賢察のうえご了承のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

変更項目および変更内容

※ 詳細につきましては、次ページ以降の内容をご参照願います。

変 更 期 日

平成 27 年 10 月 1 日（木）受託分より変更

保健科学グループ



株式
会社

保健科学研究所

本 社／横浜市保土ヶ谷区神戸町 106 TEL 045-333-1661
仙台支社／仙台市宮城野区扇町 1-1-6 TEL 022-236-9345
中部支社／名古屋市西区則武新町 2-20-17 TEL 052-582-3201
大阪支社／豊中市原田中 1-2-3 TEL 06-6843-5622
福岡支社／福岡市博多区山王 2-14-34 TEL 092-452-0851

新潟臨床検査センター 遠州予防医学研究所
保健科学東日本 日本厚生団衛生科学研究所
日本ノーバメディカル研究所 湘南医化学検査センター
いかagak 小田原衛検
組織科学研究所 相模医研
ケーアイエー細胞病理研究所 東部メディカルセンター
カスタムメディカル研究所

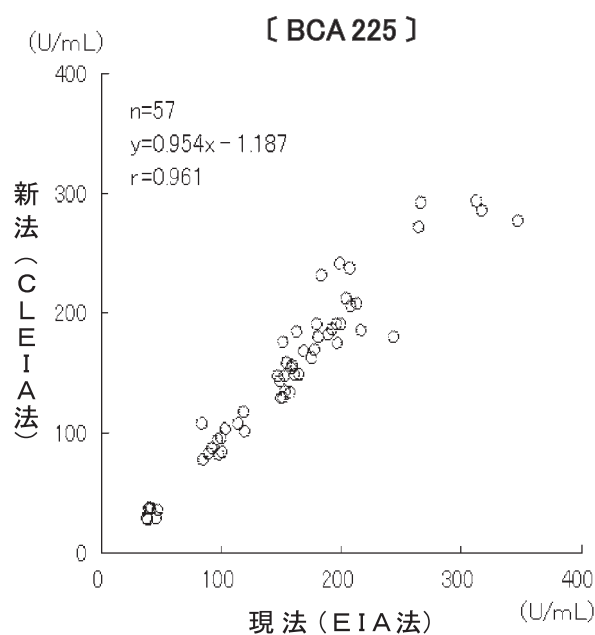
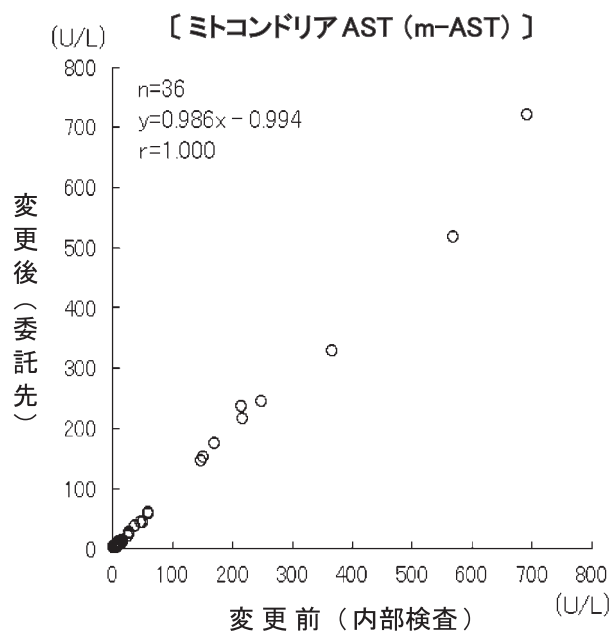
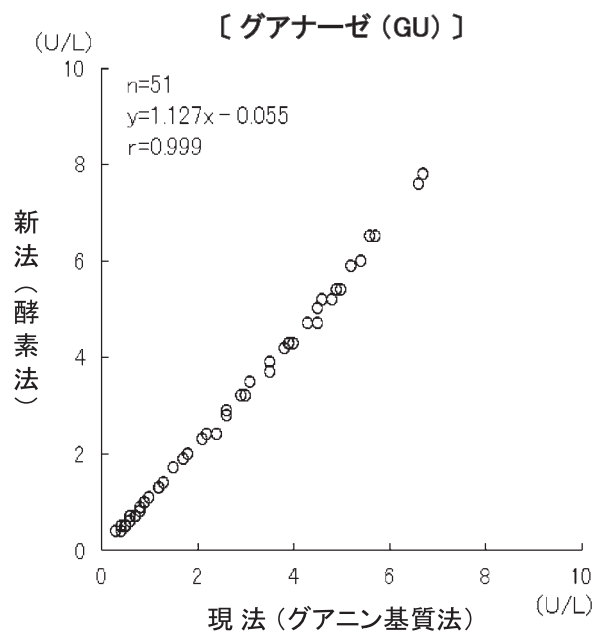
平成27年10月1日（木）受託分より変更

項目 コード	検査項目	変更内容	新	現	備考	検査案内書 掲載ページ
1169	ミオグロビン定量 《血清》	所要日数	1～2	2～4	アッセイスケジュール の見直しに伴う 変更となります。	2
1166	グリココール酸 (CG)		2～7	2～5		5
1117	CK-MB		1～2	2～4		9
1095	グアナーゼ (GU)	検体必要量	0.5 mL	0.4 mL	委託検査への変更 となります。	10
		検査方法	酵素法	グアニン基質法		
		基準値	1.0 以下 U/L	0.1～1.1 U/L		
		所要日数	4～7	1～2		
		報告上限	999999.9	1000.0 以上		
		報告下限	0.2 以下	0.0		
		検査場所 (略称)	エスアールエル (*4)	当社メインラボ		
1160	ミトコンドリアAST (m-AST)	検体必要量	0.8 mL	0.4 mL		
		基準値	7 以下 U/L	6 以下 U/L		
		所要日数	4～7	2～4		
		報告上限	99999999	80000 以上		
		報告下限	2 以下	1 未満		
		検査場所 (略称)	エスアールエル (*4)	当社メインラボ		
5129	HS-PTH (高感度PTH)	所要日数	3～8	3～6	アッセイスケジュール の見直しに伴う 変更となります。	27
5088	PTH-Intact		2～4	3～5		28
5043	インスリン (IRI)		2～4	3～5		
5047	ガストリン		2～7	2～5		
()	インスリン負荷試験		2～4	3～5		40

平成27年10月1日（木）受託分より変更

項目 コード	検査項目	変更内容	新	現	備考	検査案内書 掲載ページ
4394	BCA225	検体必要量	0.4 mL	0.2 mL	同一メーカーの改良試薬への変更となります。	42
		検査方法	CLEIA法	EIA法		
		基準値	160.0未満 U/mL	160以下 U/mL		
		所要日数	2～4	2～5		
		報告表現	有効桁数5桁 (小数第1位)	整数		
		報告上限	20000以上	50000以上		
		報告下限	20.0未満	30未満		
		検査場所 (略称)	保健科学研究所 第3ラボラトリー (*イ)	当社メインラボ		
4964	尿中レジオネラ抗原定性	検査試薬	《改良試薬への変更》		改良試薬への変更 となります。	56
4449	チミジンキナーゼ (TK) 活性	報告上限	99999999 U/L	9999.9 U/L	委託検査先の変更 となります。	98
		報告下限	0.5未満 U/L	2.0未満 U/L		
		検査場所 (略称)	LSIメディエンス (*1)	エスアールエル (*4)		
8007	【培養検査】 血液・穿刺液	容器	【取扱いボトル種】 ・FA Plus ・FN Plus ・PF Plus	【取扱いボトル種】 ・FA Plus ・FN Plus ・PF Plus ・SA ・SN	・血液培養ボトル の設定は FA Plus・FN Plus・PF Plusのみと なります。 ・SA、SNボ トルの受託は使用 期限内に限り継 続いたします。	131 ・ 139 ・ 140
5048	【研究検査】 抗ミュー管ホルモン (AMH)	所要日数	2～4	2～7	アッセイスケジュー ルの見直しに伴う 変更となります。	—

▼ 現法（現試薬）と新法（新試薬）、変更前と変更後の比較



〔 尿中レジオネラ抗原定性 〕

n=5		現試薬		
		(+)	(-)	合計
新試薬	(+)	1	1	2
	(-)	0	3	3
	合計	1	4	5

陽性一致率：50.0%

陰性一致率：100%

全体一致率：80.0%

▼ 検査方法参考文献

小林 美耶子, 他：医学と薬学 72 (7)：1249～1259, 2015. (BCA 225)

山口 育男, 他：医学検査 64 (2)：221～226, 2015. (尿中レジオネラ抗原定性)