



Information

検査 No.2017-50

平成 29 年 12 月

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、別掲の検査項目におきまして、弊社運用の見直しに伴い検査内容の一部を変更させていただきたくご案内申し上げます。

先生方にはご不便をお掛け致しますが、弊社事情をご賢察のうえ、ご了承のほど宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

変更項目

※ 詳細につきましては、次ページ以降をご参照願います。

変更期日

平成30年1月4日(木)受託分より変更



保健科学グループ

保健科学研究所	〒240-0005 神奈川県横浜市保土ヶ谷区神戸町106	TEL.045-333-1661
保健科学東日本	〒365-8585 埼玉県鴻巣市天神3-673	TEL.048-543-4000
保健科学西日本	〒612-8486 京都府京都市伏見区羽束師古川町328	TEL.075-933-6060
保健科学東京	〒160-0001 東京都新宿区片町3-3	TEL.03-3357-3611
保健科学新潟	〒950-0054 新潟県新潟市東区秋葉1-6-31	TEL.025-275-0161

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
7012	B細胞サブクラス IgG	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)IgG	B細胞サブクラス IgG		
		基準値 (単位)	1~3 %	2.7以下 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
7013	B細胞サブクラス IgA	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)IgA	B細胞サブクラス IgA		
		基準値 (単位)	1~3 %	2.3以下 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
7014	B細胞サブクラス IgM	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)IgM	B細胞サブクラス IgM		
		基準値 (単位)	3~12 %	5.5~18.7 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
7094	B細胞サブクラス IgD	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)IgD	B細胞サブクラス IgD		
		基準値 (単位)	1~10 %	4.5~16.1 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
7015	B細胞サブクラス κ(カッパー)	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)κ	B細胞サブクラス κ		
		検体必要量 (単位)	全血 1.0mL	全血 3.0mL		
		基準値 (単位)	3~8 %	1.5~9.9 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		

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
7016	B細胞サブクラスλ(ラムダ)	項目名称	B細胞表面免疫グロブリン(Sm-Ig)L	B細胞サブクラスλ		
		検体必要量(単位)	全血 1.0mL	全血 3.0mL		
		基準値(単位)	1~5 %	1.3~9.3 %		
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
()	Single-color 解析によるリンパ球表面マーカー検査	項目名称	モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析	Single-color 解析によるリンパ球表面マーカー検査		127
		CDnumber	表1 参照			
		検体必要量(単位)	全血 3.0mL	全血 1.0mL		
		基準値(単位)	表1 参照			
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1、※3	※2		
()	Two-color 解析によるリンパ球表面マーカー検査	検体必要量(単位)	全血 3.0mL	全血 1.0mL		
		基準値(単位)	表2 参照			
		所要日数	4~8日	3~5日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1、※3	※2		

※1 細胞性免疫検査のご依頼について

1. 検体は常温で保存して下さい。
2. 曜日指定・予約検査となりますので、採血前に必ず担当営業員にご連絡下さい。受付可能日は月～金曜日です。
3. 検体は採取後、当日中にご提出下さい。
4. リンパ球が少ない場合は多めに採血して下さい。

※2 休日の前日は受付できません。検体は採取後、当日中にご提出下さい。

リンパ球の少ない患者の場合、採血量を増やして下さい。

※3 CD3(7080)、CD4(7081)、CD8(7082)、CD19(7096)についての注意点

1. 4項目につきましては、これまで同様、保健科学 第3ラボラトリーにて検査致します。
2. 他の『モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析』の項目と同時に依頼をする場合は、検体を2本ご提出下さい。

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
7742	CCR4 蛋白[FCM]	項目名称	CCR4タンパク(FCM)	CCR4 蛋白[FCM]	※4	129
		検体必要量 (単位)	全血 5. 0mL	全血 4. 0mL		
		所要日数	4～8日	3～5日		
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	曜日指定 休日の前日は受付でき ません。検体は採取後、 当日中にご提出下さ い。		
(7025)	リンパ球混合培養 試験(MLC)	項目名称	MLC(リンパ球混合培養)	リンパ球混合培養試験 (MLC)		130
		検体必要量 (単位)	(受給者) 全血 20.0 mLと (提供者) 全血 10.0 mLと (非血縁者) 全血 10.0 mL	全血各20.0mL 供血者、非血縁者血液 同時提出		
		検査方法	³ H-サイミジン取り込み 能	³ H サイミジン取込法		
		所要日数	10～14日	10～13日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	曜日指定 予約検査 休日の前日は受付でき ません。		
		項目名称	HLA-DR(血清対応型タイ ピング)	HLA-DR ローカス(血清 対応型タイピング)		
検体必要量 (単位)	全血 2. 0mL	全血 5. 0mL				
検査方法	PCR-rSSO 法	PCR-SSP 法				
基準値 (単位)	※5	表 3 参照				
所要日数	4～8日	3～6日				
検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)				
備考	※6	曜日指定 凍結不可 休日の前日は受付でき ません。				

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
7008	リンパ球幼若化試験(PHA)	項目名称	PHAによるリンパ球幼若化検査	リンパ球幼若化試験(PHA)		131
		基準値(単位)	PHA+ 20500~56800 CONTROL 127~456 cpm	53,000~117,000 cpm 65~600 S.I.		
		検査方法	³ H-サイミジン取り込み能	³ H サイミジン取込法		
		所要日数	8~11日	7~9日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		
7009	リンパ球幼若化試験(Con-A)	項目名称	Con-Aによるリンパ球幼若化検査	リンパ球幼若化試験(Con-A)		131
		基準値(単位)	Con-A+ 20300~65700 CONTROL 127~456 cpm	28,000~80,000 cpm 45~360 S.I.		
		検査方法	³ H-サイミジン取り込み能	³ H サイミジン取込法		
		所要日数	8~11日	7~9日		
		検査場所	エスアールエル(*4)	保健科学第3ラボラトリー(*イ)		
		備考	※1	※2		

※4 CCR4 タンパク (FCM) の注意事項

モガムリズマブ (遺伝子組換え) の適応を判定するための補助に用います。ATL (Adult T-cell leukemia-lymphoma, 成人 T 細胞白血病リンパ腫) の診断や治療効果の確認を目的とした使用については有効性が確認されていないので、そのような目的で使用しないで下さい。(試薬添付文書より)

※5 HLA DNA タイピングの種類について

下記日本組織適合性学会のホームページにて最新情報をご確認下さい。

<http://jshi.umin.ac.jp/databank/index.html>

※6 HLA・移植関連検査の検体について

1. 検体は冷蔵で保存し、凍結保存は避けて下さい。
2. 曜日指定・予約検査となりますので、採血前に必ず担当営業員にご連絡下さい。受付可能日は月~金曜日です。
3. 続柄・臨床診断名・投与薬剤名・輸血歴・移植歴は必ず明記して下さい。
4. 本検査方法ではコンタミネーションの影響がより大きくなりますので、検体採取にあたっては取り扱いに充分ご注意下さい。
5. 必ず専用容器にて規定量を採血して下さい。やむを得ず規定量に満たない場合は、蓋を開けて陰圧を解除して下さい。ただし、MLC(リンパ球混合培養)と同時依頼の場合は、無菌であることが重要となりますので必ず規定量を採血して下さい。
6. 移植後の HLA タイピングをご依頼の場合は、レシピエントとドナーのアリルが混在し判定できない場合がありますのであらかじめご了承下さい。

【ご注意】

移植後の HLA タイピングをご依頼の場合は、移植前の HLA の結果と提供者の HLA の結果を必ず依頼書にご記入下さい。

表 1. リンパ球表面マーカー一覧

(新) モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析					(現) Single-color解析によるリンパ球表面マーカー検査一覧				
	コードNO.	CDnumber	基準値(%)	特異性		コードNo.	CDnumber	基準値(%)	特異性
T細胞	7090	CD1	1.0 以下	胸腺皮質細胞	T細胞	7090	CD1a	2.0 以下	胸腺細胞
	7083	CD2	71.0～91.0	汎T細胞・Eロゼット形成細胞		7083	CD2	66.0～92.0	E-ロゼット形成細胞
	7080	CD3 ※1	59.5～87.9	成熟T細胞		7080	CD3	59.5～87.9	成熟T細胞
	7081	CD4 ※1	28.3～56.7	インデューサー/ヘルパーT細胞		7081	CD4	28.3～56.7	インデューサー/ヘルパーT細胞
	7314	CD5	60.0～90.0	汎T細胞・一部のB細胞		7314	CD5	58.8～85.7	PanT細胞、B細胞の一部
	7340	CD7	72.0～90.0	汎T細胞		7340	CD7	70.9～91.7	T細胞、NK細胞
	7082	CD8 ※1	19.7～40.1	サブレッサー/サイトキシックT細胞		7082	CD8	19.7～40.1	サブレッサー/サイトキシックT細胞
	7098	CD25	8.0～34.0	IL-2レセプター/p55Tac		7098	CD25	5.5～21.5	IL-2レセプター
B細胞	7096	CD19 ※1	6.3～19.6	PanB細胞	B細胞	7096	CD19	6.3～19.6	PanB細胞
	7092	CD20	3.0～20.0	汎B細胞		7092	CD20	5.7～21.7	PanB細胞
	7088	CD21	3.0～18.0	C3d/EBVレセプター・成熟B細胞		7088	CD21	5.5～15.5	B細胞
骨髄細胞	7084	CD11b	18.0～49.0	NK細胞・サブレッサーT細胞の一部	骨髄細胞	7084	CD11b	8.9～28.1	単球、顆粒球、null細胞
	7315	CD13	9.0 以下	単球・顆粒球・骨髄細胞		7315	CD13	5.0 以下	骨髄細胞 (AMLの75%に反応)
	7316	CD14	5.0 以下	単球		7316	CD14	4.6 以下	単球
	7317	CD33	5.0 以下	未熟顆粒球・APL・AML		7317	CD33	3.7 以下	骨髄細胞 (AMLの30%に反応)
特殊細胞	7093	CD10	1.0 以下	common-ALL・好中球	特殊細胞	7093	CD10	5.7～14.6	CALLA、PreB細胞など
	7089	CD16	6.0～39.0	NK細胞 (Fcγ レセプター)		7089	CD16	5.0～21.0	NK細胞、好中球
	7087	CD38	18.0～59.0	活性化および増殖細胞		7087	CD38	6.1～16.1	前駆細胞、活性化細胞
	7091	CD57	4.0～45.0	NK細胞・サブレッサーT細胞の一部		7091	CD57	15.0～26.6	T細胞とNK細胞サブセット
						7086	CD71 ※2	1.3 以下	活性化又は増殖中の細胞
	7097	HLA-DR	11.0～46.0	B細胞・活性化T細胞 (HLA-DR抗原)		7097	(抗HLA-DR)	10.0～35.0	B細胞、活性化T細胞、単球

※1 CD3(7080)、CD4(7081)、CD8(7082)、CD19(7096)についての注意点

①4項目につきましては、これまで同様、保健科学 第3ラボラトリーにて検査致します。

②他の『モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析』の項目と同時に依頼をする場合は、検体を 2 本ご提出下さい。

※2 CD71(7086)は平成29年12月28日(木)最終受託をもって中止となります(お知らせ 検査 No.2017-49 を参照ください)。

表 2. ●Two-color 解析によるリンパ球表面マーカー検査一覧

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
7303	CD4 × CD29	項目名称	CD4/CD29	CD4×CD29
		検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL	全血 1. 0mL
		基準値 (単位)	CD4- CD29+ 22.0~59.0 CD4- CD29- 12.0~38.0 CD4+ CD29- 9.0~34.0 CD4+ CD29+ 11.0~26.0 %	CD4- CD29+ 22.4~49.4 CD4- CD29- 7.6~37.4 CD4+ CD29- 8.9~31.6 CD4+ CD29+ 13.1~40.5 %
		所要日数	4~8日	3~5日
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
		備考	※1	ヘルパー/インデューサーT細胞 曜日指定 休日の前日は受付できません
		7308	CD4 × CD45RA	項目名称
検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL			全血 1. 0mL
基準値 (単位)	CD4- CD45RA+ 30.0~57.0 CD4- CD45RA- 5.0~23.0 CD4+ CD45RA- 15.0~34.0 CD4+ CD45RA+ 9.0~37.0 %			CD4- CD45RA+ 27.9~55.8 CD4- CD45RA- 7.4~27.4 CD4+ CD45RA- 14.5~29.2 CD4+ CD45RA+ 9.7~28.6 %
所要日数	4~8日			3~5日
検査場所	エスアールエル (*4)			保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
備考	※1			サブレッサー/インデューサーT細胞 曜日指定 休日の前日は受付できません
7260	CD57 × CD16			項目名称
		検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL	全血 1. 0mL
		基準値 (単位)	CD57- CD16+ 1.0~15.0 CD57- CD16- 49.0~87.0 CD57+ CD16- 2.0~40.0 CD57+ CD16+ 2.0~27.0 %	CD57- CD16+ 3.2~9.0 CD57- CD16- 64.8~83.2 CD57+ CD16- 3.6~12.8 CD57+ CD16+ 4.8~18.6 %
		所要日数	4~8日	3~5日
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
		備考	※1	NK細胞サブpopulation 曜日指定 休日の前日は受付できません

項目コード	検査項目	変更内容	新	現
7321	CD8 × CD11b	項目名称	CD11b/CD8	CD8×CD11b
		検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL	全血 1. 0mL
		基準値 (単位)	CD11b- CD8+ 11.0~40.0 CD11b- CD8- 29.0~64.0 CD11b+ CD8- 8.0~32.0 CD11b+ CD8+ 6.0~27.0 Bright 20.0 以下 Dull 3.0~17.0 %	なし
		所要日数	4~8日	3~5日
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
		備考	※1	サブプレッサーT細胞 曜日指定 休日の前日は受付できません
		7326	CD4 × HLA-DR	項目名称
検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL			全血 1. 0mL
基準値 (単位)	HLA-DR- CD4+ 22.0~51.0 HLA-DR- CD4- 24.0~61.0 HLA-DR+ CD4- 8.0~37.0 HLA-DR+ CD4+ 1.0~12.0 %			なし
所要日数	4~8日			3~5日
検査場所	エスアールエル (*4)			保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
備考	※1			活性化ヘルパー/インデューサーT細胞 曜日指定 休日の前日は受付できません
7331	CD8 × HLA-DR			項目名称
		検体必要量 (単位)	全血 3. 0mL	全血 1. 0mL
		基準値 (単位)	HLA-DR- CD8+ 15.0~49.0 HLA-DR- CD8- 28.0~62.0 HLA-DR+ CD8- 6.0~25.0 HLA-DR+ CD8+ 2.0~27.0 %	なし
		所要日数	4~8日	3~5日
		検査場所	エスアールエル (*4)	保健科学 第3ラボラトリー(*イ)
		備考	※1	活性化サブプレッサー/インデューサーT細胞 曜日指定 休日の前日は受付できません

表3. HLA タイピングの種類

A locus	B locus		C locus	DR locus
A1	B5	B50(21)	Cw1	DR1
A2	B7	B51(5)	Cw2	DR2
A3	B8	B52(5)	Cw3	DR3
A9	B12	B53	Cw4	DR4
A10	B13	B54(22)	Cw5	DR5
A11	B14	B55(22)	Cw6	DR6
A19	B15	B56(22)	Cw7	DR7
A23(9)	B16	B57(17)	Cw8	DR8
A24(9)	B17	B58(17)	Cw9(3)	DR9
A25(10)	B18	B59	Cw10(3)	DR10
A26(10)	B21	B60(40)	Cw12	DR11(5)
A28	B22	B61(40)	Cw14	DR12(5)
A29(19)	B27	B62(15)	Cw15	DR13(6)
A30(19)	B35	B63(15)		DR14(6)
A31(19)	B37	B64(14)		DR15(2)
A32(19)	B38(16)	B65(14)		DR16(2)
A33(19)	B39(16)	B67		DR17(3)
A34(10)	B40	B70		DR18(3)
A36	B41	B71(70)		
A43	B42	B72(70)		
A66(10)	B44(12)	B73		
A68(28)	B45(12)	B75(15)		
A69(28)	B46	B76(15)		
A74(19)	B47	B77(15)		
A80	B48	B78		
	B49(21)	B81		

注 試薬ロットの変更により、抗原の種類が変わる場合があります。

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	
1198	心筋トロポニンT(TnT)	検査場所	保健科学 第2ラボラトリー (*ア)	保健科学 総合研究所	運用見直しに伴う検査場所変更となります。検査場所以外の変更はありません。	2	
1168	トリプシン					10	
1709	SP-D(肺サーファクタント蛋白-D)					21	
5915	遊離テストステロン					34	
5063	HANP(ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド)					38	
4587	α -フェトプロテインレクチン分画(ALP-L3%)		保健科学 第3ラボラトリー (*イ)	保健科学 総合研究所		41	
4330	BFP(塩基性フェトプロテイン)		保健科学 第2ラボラトリー (*ア)	保健科学 総合研究所			
4332	NCC-ST-439						
4365	DUPAN-2						
4429	Pro GRP(ガストリン放出ペプチド前駆体)						43
4012	TRACP-5b定量(酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ)						45
4540	NTX(I型コラーゲン架橋N-テロペプチド)《血清》						
(4903)	NTX(I型コラーゲン架橋N-テロペプチド)《尿》						
(5907)	デオキシピリジノリン(DPD)						
4702	抗p53抗体						
4379	インターロイキン2受容体(IL-2R)					46	
5490	エンドトキシン		保健科学 第3ラボラトリー (*イ)	保健科学 総合研究所		56	
5390	(1 \rightarrow 3)- β -D-グルカン						
5572	透析液エンドトキシン						
4750	抗CCP抗体定量(抗シトルリン化ペプチド抗体)		保健科学 第2ラボラトリー (*ア)	保健科学 総合研究所		62	
4581	IgG型リウマトイド因子(IgG-RF)						
5014	抗サイログロブリン抗体半定量(サイロイドテスト)						63
5015	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量(マイクロゾームテスト)						
5376	抗GAD抗体(抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体)						
2411	PIVKA-II【凝固】	102					

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
4729	HBV ゲノタイプ (判定)	備考	<p>下記の理由により判定に必要なセロタイプが得られない場合、「判定保留」となることがあります。</p> <p>①HBs抗原が低濃度のため</p> <p>②エピトープ(抗原決定基)を構成するアミノ酸配列の変異や欠失による抗原性の喪失により、本来陽性となるエピトープが検出されないため</p> <p>③重複感染のため</p> <p>④非特異反応などのため</p>	HBs 抗原量が少ない検体では、判定保留と報告する場合があります。	試薬添付文書に沿った記載内容に変更致します。	84