

検査内容変更のお知らせ

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび下記検査項目におきまして、検査内容を変更させていただきます。ご案内いたします。
何卒ご了承賜ますようお願い申し上げます。



〈実施日〉

2013年12月6日(金) ご報告分より

コード	検査項目	変更箇所	新	現
1989	抗BP180抗体	検査方法	CLEIA	ELISA
		基準値	9.0 未満	9 未満
		単位	U/ml	なし
		備考	不活化(非働化)検体ではデータ影響を及ぼす場合がありますので避けてください。	なし
0172	ビタミンB1	検査方法	LC/MS/MS	HPLC
0611	HIV抗原・抗体	検査方法	CLEIA	ELISA
		検体量	0.6ml	0.5ml
0809	コルチゾール(血漿)	検査方法	ECLIA	RIA固相法
		基準値	6.2~19.4 μ g/dl	4.0~18.3 μ g/dl
		検体量	血漿 0.3ml	血漿 0.2ml
		備考	プレドニゾン、メチルプレドニゾンと交差反応性あり、投与中では高値に測定される可能性があります。デキサメタゾンには影響ありません。	なし