

HCL information

検査内容変更のご案内

拝啓

時下ますますご清祥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たくご案内申し上げます。
何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

●変更実施日 : 2022年 4月 1日(金) 受付分～

●変更内容

案内書掲載頁	項目コード	検査項目	変更箇所	変更後	変更前	変更理由
P16	144	浸透圧(尿)	基準範囲	50~1300 mOsm/kg・H2O	M: 770~1600 F: 430~1100 mOsm/kg・H2O	基準範囲の見直し
P27	361	トリヨードサイロニン(T3)	基準範囲	0.57~1.52 ng/mL	0.64~1.52 ng/mL	基準範囲の見直し
P27	362	遊離トリヨードサイロニン(FT3)	基準範囲	1.68~3.67 pg/mL	1.88~3.18 pg/mL	基準範囲の見直し
P66	2007	フェリチン定量	基準範囲	M: 50~200 F: 12~ 60 ng/mL	M: 10~250 F: 10~120 ng/mL	基準範囲の見直し
P66	2008	β ₂ マイクログロブリン(BMG)	基準範囲	0.8~2.0	0.8~2.4	基準範囲の見直し
			単位変更	mg/L	μg/mL	単位の見直し*1
P88	1563	風疹ウイルス(LTI法)	基準範囲	10未満 IU/mL	6未満 IU/mL	改良試薬への変更に伴う 基準範囲の見直し*2

*1: BMGに関しては単位変更となりますが、値の読み替え(単位変更による数値の換算)は不要です。

例) 2.4 μg/mL ⇒ 2.4 mg/L

*2: 風疹の基準範囲に関して、変更前は抗体の有無の判断値でしたが、変更後は国際的に求められる予防抗体価としての値に変更いたします。