

## 検査内容変更のお知らせ

謹啓 暖春の候、先生方におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。  
 平素から格別のお引き立てを賜りありがとうございます。  
 さて、このたび下記の項目におきまして、検査内容が変更になりますので、お知らせいたします。  
 今後とも当センターをご利用いただきますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

記

※ 実施日：平成29年4月1日（土）ご依頼分より

【 外部委託から内部検査へ変更 】 ※フェリチン、CA19-9

コード	項目	変更内容	新	旧	検査案内掲載ページ
227	フェリチン	基準値 (ng/mL)	男性:13.0~277.0 女性:5.0~152.0	男性:21.0~282.0 女性:5.0~157.0	p.22
		所要日数	1日	4日	
290	CA19-9	検査方法	CLIA法	CLEIA法	p.50
		所要日数	1日	4日	

※その他変更はございません 関連図は別紙参照

【検査方法変更】 ※リウマトイド因子(RF)定量

コード	項目	変更内容	新	旧	検査案内掲載ページ
2002	リウマトイド因子 (RF)定量	検査方法	ラテックス凝集法	TIA法	p. 76
		基準値	0~15(IU/mL)	0~10(U/mL)	

※その他変更はございません 関連図は別紙参照

【委託先変更項目】 ※クオンティフェロン

コード	項目	変更内容	新	旧	検査案内掲載ページ
761	クオンティフェロン	採血管	へパリン管(6mL)	専用容器(3本組)	無
		所要日数	3~11日	2~5日	
		保存方法	冷蔵	室温	

※その他変更はございません

平成29年3月