

# 臨床検査に関するお知らせ



株式会社セントラル医学検査研究所  
TEL(本社)029-225-8858 (下館)0296-28-5900

先生各位

平成30年11月  
A-18-21

## 検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。  
また、平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
この度下記検査項目におきまして、検査の内容を変更させて頂きたくご案内致します。  
何卒ご了承賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

- ◆ 実施日 平成30年12月6日(木) ご依頼分より
- ◆ 変更項目

項目コード	検査項目
18370	ACTH (副腎皮質刺激ホルモン)
18430	副甲状腺ホルモン (PTH) - インタクト
18510	オステオカルシン (OC)
18670 18680	コルチゾール
21430	ピルシカイニド
40110	染色体 G-Banding
40160	脆弱 X 染色体 (脆弱 X 症候群)

変更の詳細は、裏面をご参照下さい。

◆ 変更内容

2018-19年 検査案内	項目 コード	検査項目	変更箇所	新	旧	備考
p.30	18370	ACTH (副腎皮質刺激 ホルモン)	報告範囲	1.5 未満 1.5~99900000 pg/mL	2.0 以下 2.1~99900000 pg/mL	報告範囲の変更、デ ータ影響に関する情 報を案内書備考欄へ 追加 ※基準値は変更なし
			備考欄	ACTH は EDTA 濃度 増加により測定値が 低下するため、容器の 指定容量を採取して 下さい。	(なし)	
p.31	18430	副甲状腺ホルモン (PTH) - インタクト	報告範囲	2 未満 2~4990 5000 以上 pg/mL	3 以下 4~4990 5000 以上 pg/mL	報告範囲の変更 ※基準値は変更なし
	18510	オステオカルシン (OC)		0.5 未満 0.5~99900000 ng/mL	1.0 未満 1.0~99900000 ng/mL	
p.32	18670 18680	コルチゾール		0.06 未満 0.06~99900000 $\mu$ g/dL	0.05 以下 0.06~99900000 $\mu$ g/dL	
p.52	21430	ピルシカイニド	基準値 (治療濃度範囲)	0.2~0.9 $\mu$ g/mL	Peak 濃度 0.2~0.9 $\mu$ g/mL	最新のガイドライン または医薬品インタ ビューフォームに基 づいた基準値(治療 濃度範囲)、及び採血 時刻の変更
			採血時刻	次回投与直前 (Trough 濃度)	経口： 投与後 1~2 時間	
p.60	40110	染色体 G-Banding	所要日数	8~18 日	8~19 日	所要日数の短縮
	40160	脆弱 X 染色体 (脆弱 X 症候群)		15~18 日	17~20 日	