

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12月

A-18-23

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。

急なご案内で申し訳ございませんが、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31年1月15日(火) ご依頼分より

◆ 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
p.22	12020 12030	トキソプラズマ IgG 抗体 トキソプラズマ IgM 抗体	検査方法	CLIA	CLEIA
			所要日数	2日	3~5日
			基準値	裏面参照	裏面および 検査案内 p.84 参照
p.29	14110	HBc 抗体	所要日数	2日	2~5日

* 各新旧相関図、トキソプラズマ IgG 抗体・トキソプラズマ IgM 抗体の基準値は裏面をご参照下さい。

* HBc 抗体は所要日数の変更のみで、検査方法や基準値の変更はございません。

◆ 基準値

トキソプラズマ IgG (IU/mL)		
新法抗体価	判定	旧法抗体価
1.6 未満	(-)	7.5 未満
1.6 以上 3.0 未満	(±)	7.5 以上 10.5 未満
3.0 以上	(+)	10.5 以上

トキソプラズマ IgM (S/CO)		
新法抗体価	判定	旧法抗体価
0.83 未満	(-)	0.8 未満
0.83 以上 1.0 未満	(±)	0.8 以上 1.0 未満
1.0 以上	(+)	1.0 以上

◆ 新旧相関図

