

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

2026 年 10 月

A-26-20

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、下記検査項目につきまして、検査の内容を変更させていただきます。

何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

◆ 変更日 2026 年 11 月 2 日 (月) ご依頼分より

1. 変更内容

※検査精度の維持向上を図るため、検査内容を改定いたしました。これに伴う検査方法および基準値の変更内容等につきましては、3 頁以降の一覧表をご参照ください。

※その他、検体量や所要日数等に関する詳細は、「2026～2027 総合検査案内」をご参照ください。

※緊急報告対象項目と対象検査値が変更になります。詳細は「2026～2027 総合検査案内」をご参照ください。

2. 受託再開

かねてより受託を中止しておりました以下項目につきまして、受託体制が整いましたので、受託を再開させていただきます。

項目コード	検査項目
3070	ウロポルフィリン
4360	免疫電気泳動/抗ヒト
13300	F T A - A B S 定性
21170	リドカイン

3. 検査依頼書の書式改訂

一般的な生化学・血液検査等にご利用いただいております総合検査依頼書を改訂させていただきます。

変更箇所	新	旧
依頼書の名称	(A) 検査依頼書	総合検査依頼書

※新依頼書 ① (A) 検査依頼書に記載のない項目は、「その他項目欄」に項目名をご記入ください。

また、ご出検頻度の高い項目は、セット化をおすすめいたします。

② (A) 検査依頼書「11 一般」に記載のない項目は、(D) 検査依頼書（下段「尿一般検査」「糞便検査」「穿刺液検査」等よりご依頼下さい。

③ (A) 検査依頼書「08 アレルギー関連検査」のアトピー7 種、アトピー13 種等のセット項目詳細は「2026～2027 総合検査案内」をご参照ください。

(A) 検査依頼書 (調剤・センター受領書)

①

記載されていない項目名称をご記入下さい ①

②

③

記入上の注意事項

セントラル医学検査研究所

4. 内容変更

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
10	総蛋白	基準値	6.5～8.2	g/dL	6.6～8.1	g/dL
20	アルブミン		3.8～5.2	g/dL	4.1～5.1	g/dL
30	A/G比		1.10～2.00		1.32～2.23	
40	蛋白分画	検査方法	セルロースアセテート膜電気泳動法		キャピラリー電気泳動法	
		基準値	Alb 60.0～72.3 α ₁ 1.5～2.6 α ₂ 5.2～9.5 β 5.6～11.7 γ 10.6～20.9	%	Alb 55.8～66.1 α ₁ 2.9～4.9 α ₂ 7.1～11.8 β ₁ 4.7～7.2 β ₂ 3.2～6.5 γ G 11.1～18.8	%
100	総ビリルビン		0.2～1.2	mg/dL	0.20～1.20	mg/dL
110	直接ビリルビン		0.0～0.4	mg/dL	0.40以下	mg/dL
120	間接ビリルビン		0.2～0.8	mg/dL	0.20～1.00	mg/dL
140	骨型ALP(BAP)		男 3.7～20.9 女 閉経前 2.9～14.5 女 閉経後 3.8～22.6	μ g/L	3.7～20.9 (2.9～22.6)	μ g/L
190	AST(GOT)		11～35	U/L	5～40	U/L
200	ALT(GPT)		6～39	U/L	5～40	U/L
210	γ-GT(γ GTP)		M 73以下 F 33以下	U/L	M 12～64 F 9～36	U/L
230	LAP		35～70	U/L	30～78	U/L
250	コリンエステラーゼ		M 237～495 F 200～457	U/L	167～470	U/L
260	CK(CPK)		M 62～287 F 45～163	U/L	M 29～243 F 27～172	U/L
280	アミラーゼ		37～125	U/L	40～126	U/L
281	アミラーゼ(U)		58～670	U/L	87～665	U/L
282	アミラーゼ(TU)		156～1077	U/day		
290	P型アミラーゼ		18～53	U/L	17～50	U/L
300	アルドラーゼ	検査方法	酵素法		UV法	
		基準値	6.0以下	IU/L	2.7～7.5	IU/L・37C
340	HDLコレステロール	検査方法	直接法		酵素法	
360	LDLコレステロール/計算	基準値	M 40～79 F 40～90	mg/dL	M 40～86 F 40～99	mg/dL
363	LDL/HDL比		(基準値設定なし)	mg/dL	70～139	mg/dL
370	エステル型コレステロール		(基準値設定なし)		2.0以下	
380	遊離コレステロール		99～186	mg/dL	90～200	mg/dL
390	中性脂肪		31～64	mg/dL	30～60	mg/dL
410	リン脂質		30～149	mg/dL	40～149	mg/dL
430	尿素窒素		145～257	mg/dL	150～250	mg/dL
432	尿素窒素(TU)		8.0～23.0	mg/dL	8.0～20.0	mg/dL
460	尿酸		7.00～14.00	g/day	6.5～13.0	g/DAY
462	尿酸(TU)		M 3.6～7.0 F 2.3～7.0	mg/dL	M 3.7～7.0 F 2.5～7.0	mg/dL
470	クレアチニン		0.40～1.20	g/day	0.4～1.2	g/DAY
472	クレアチニン(TU)		M 0.61～1.04 F 0.47～0.79	mg/dL	M 0.66～1.07 F 0.45～0.81	mg/dL
480	クレアチン		0.80～2.30	g/day	0.5～1.5	g/DAY
482	クレアチン(TU)		0.17～1.00	mg/dL	0.2～1.0	mg/dL
540	ミオグロビン		M 0.20以下 F 0.43以下	g/day	M 170以下 F 290以下	mg/DAY
590	アミノ酸分析(39種類)	検査方法	LC-MS/MS		LC/MS	
		その他	(45種類)		(39種類)	
620	総分岐鎖アミノ酸チロシン比	基準値	4.41～10.05	μ mol/L	4.99～9.45	μ mol/L
622	・分岐鎖アミノ酸		344.0～713.0	μ mol/L	379～688	μ mol/L
623	・チロシン		51.0～98.0	μ mol/L	53～104	μ mol/L
640	CCr		82.0～152.0(参考値)	mL/min	65.0～165.0	mL/min
650	CCr(24H)		76.0～210.0	mL/min	93.0～238.0	L/DAY

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
660	尿素Cr	基準値	Cm 62～77 Cs 45～55	mL/min	40～86	mL/min
680	尿酸Cr		6.2～12.6	mL/min		
745	高感度心筋トロポニンI		26.2以下 急性心筋梗塞のカットオフ値 26.2	pg/mL	26.2未満	pg/mL
820	L-FABP		8.40以下	μg/g・CRE	8.4以下	μg/gCr
830	AMY・CREクリアランス比		2.3±0.5	%	1.8～2.8	%
840	推算GFR(CRE)		(基準値設定なし)		90以上	mL/m
850	推算GFR(シタチンC)		(基準値設定なし)		90以上	/1.73m ²
920	FIB-4 Index		低値域 1.30未満 中間値域 1.30～2.66 高値域 2.67以上		1.3未満	
1030	カリウム		3.5～5.0	mEq/L	3.5～5.3	mEq/L
1032	カリウム(TU)		1.00～2.50	g/day	2.0～2.5	g/DAY
1040	無機リン	検査方法	モリブデン酸直接法		酵素法	
		基準値	2.5～4.5	mg/dL	2.50～4.50	mg/dL
1042	無機リン(TU)		0.50～2.00	g/day	0.5～2.0	g/DAY
1050	マグネシウム	検査方法	キシリジルブルー法		酵素法	
		基準値	1.9～2.5	mg/dL	1.7～2.6	mg/dL
1060	カルシウム		8.4～10.2	mg/dL	8.6～10.1	mg/dL
1062	カルシウム(TU)		0.10～0.30	g/day	0.15～0.29	g/DAY
1063	カルシウム(gCRE補正)		50.00～150.00	mg/g・CRE		
1064	カルシウム(CRE比)		(基準値設定なし)		0.05～0.15	
1080	血清鉄		M 60～190 F 45～170	μg/dL	M 54～200 F 48～154	μg/dL
1090	TIBC	検査方法	比色法(計算法)		ニトロPSAP法(計算法)	
		基準値	M 239～367 F 276～408	μg/dL	250～440	μg/dL
1110	UIBC	検査方法	比色法		ニトロPSAP法	
		基準値	M 82～294 F 159～343	μg/dL	190～270	μg/dL
1125	TSAT(トランスフェリン飽和度)		20～50	%		
1130	浸透圧(S)		275～290	mOsm/Kg	276～292	mOsm/Kg
1131	浸透圧(U)		50～1300	mOsm/Kg	850以上/濃	mOsm/Kg
1140	NAG	基準値	11.5以下	IU/L	0.7～11.2	IU/L
1150	銅		82～147	μg/dL	70～132	μg/dL
1152	銅(TU)	検査方法	原子吸光法		比色法	
		基準値	M 4.2～33.0 F 2.5～20.0	μg/day	13以下	μg/day
1171	亜鉛(U)		500以下	μg/L	64～947	μg/L
1180	マンガン	検査方法	ICP-MS		原子吸光分光光度法	
		基準値	0.4～2.0	μg/dL	0.8～2.5	μg/dL
1181	マンガン(U)	検査方法	ICP-MS		原子吸光分光光度法	
		基準値	2.0未満	μg/L	2以下	μg/L
1220	アルミニウム		0.8以下	μg/dL	0.9以下	μg/dL
2020	リポ蛋白分画		男性 α:26.9～50.5 pre β:7.9～23.8 β:35.3～55.5 origin:0.0～4.7 女性 α:32.6～52.5 pre β:6.6～20.8 β:33.6～52.0 origin:0.0～4.4	%	M α:27～51 pre β:8～24 β:35～56 F α:33～53 pre β:7～21 β:34～52	%
2080	コレステロール分画		HDL:23～48 LDL:47～69 VLDL:2～15	%	M HDL:17～43 LDL:2～18 VLDL:51～77 F HDL:22～51 LDL:1～14 VLDL:45～72	%
2185	アポリポ蛋白B/A I 比		0.49～0.81	mg/dL		
3010	総胆汁酸	単位		nmol/mL		μmol/L

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
3050	δ アミノレブリン酸(U)	基準値	2.2以下(参考値)	mg/L		
3112	ICG試験 停滞率		肝機能テスト:15分 10%以下		0～10	%
3113	ICG試験 消失率		0.158～0.232(消失率)		0.168～0.206	
3130	SP-D	検査方法	LA		CLEIA	
3210	LDアイソザイム	基準値	分画値 LD:120.0～31.0 LD2:28.8～37.0 LD3:21.5～27.6 LD4:6.3～12.4 LD5:5.4～13.2	%	LD1:21～31 LD2:28～35 LD3:21～26 LD4:7～14 LD5:5～13	%
3250	CKアイソザイム		BB:0.0～1.8 MB:0.0～2.7 MM:95.8～100.0	%	BB:2以下 MB:6以下 MM:93～99	%
3280	CK-MB/CLIA		2.2以下	ng/mL	6.6以下	ng/mL
3410	フェリチン		M 17～321 F 4～96	ng/mL	50～200 12～60	ng/mL
3420	リパーゼ		9～59	IU/L	13～60	IU/L
3440	トリプシン	検査方法	LA		EIA	
3480	アンギオテンシン I 転換酵素	基準値	210～570	ng/mL	100～550	ng/mL
3490	リゾチーム		7.7～29.4	IU/L	7.0～25.0	U/L
3491	リゾチーム(U)		5.0～10.0	μ g/mL	5.0～10.2	μ g/mL
3500	アデノシンデアミナーゼ		0.0	μ g/mL	0.1未満	μ g/mL
3520	グアナナーゼ		8.6～20.5	U/L	5.0～20.0	U/L
3540	1, 5アンヒドロDグルシトール		0.4～1.1	U/L	1.0以下	U/L
3580	ヘモグロビンF		14.0以上	μ g/mL	M 14.9～44.7 F 12.4～28.8	μ g/mL
3610	シアル酸		成人 1.1以下	%	1.1以下	%
3620	乳酸	検査方法	酵素法		UVrate法	
3670	ケトン体分画	基準値	44～71	mg/dL	40～71	mg/dL
3680	ピルビン酸		4.0～19.2	mg/dL	3.0～17.0	mg/dL
3690	グリコアルブミン		総外ン体:131以下 アセ酢酸:55以下 3-ヒドロキシ酪酸:85以下	μ mol/L	総外ン体 130 以下 アセ酢酸 55 以下 3-ヒドロキシ酪酸 85 以下	μ mol/L
4210	ビタミンA		0.30～0.90	mg/dL	0.30～0.94	mg/dL
4354	・アシルカルニチン/遊離カルニチン比		11.0～16.0	%	12.4～16.3	%
4250	ビタミンB12	検査方法	100～333	IU/dL	97～316	IU/dL
4550	β 2マイクログロブリン(S)	基準値	比の報告が終了となります		0.4以下	
4551	β 2マイクログロブリン(U)		177～898	pg/mL	180～914	pg/mL
4570	ハプトグロビン	基準値	0.7～2.0	mg/L	2.0以下	mg/L
4580	セルロプラスミン		300以下	μ g/L	150以下	μ g/L
4600	トランスフェリン(S)		TIA、薄層アクリルアミドゲル電気泳動法		ネフェロメリー	
4630	クリオグロブリン定性		1-1型:43～180 2-1型:38～179 2-2型:15～116	mg/dL	1-1型 83～209 2-1型 66～218 2-2型 25～176	mg/dL
4650	尿中アルブミン定量/CRE換算		21～37	mg/dL	21.0～37.0	mg/dL
4660	尿中アルブミン定量(TU)		190～320	mg/dL	M 190～300 F 200～340	mg/dL
4690	血清補体価(CH50)		(-)		陰性	
4700	C1q		〈クレアチニン補正〉 18.0以下	mg/g・CRE	30未満	mg/g・CRE
4800	シスタチンC		21.6以下	mg/day	30未満	mg/DAY
5060	直接クーモス	検査方法	31.0～48.0	U/mL	25.0～48.0	CH50/mL
5070	間接クーモス	基準値	8.8～15.3	mg/dL	8.0～15.3	mg/dL
		検査方法	LA		ラテックス凝集比濁法	
		基準値	M 0.60～1.00 F 0.51～0.87	mg/L	0.56～1.02	mg/L
		検査方法	カラム凝集法		マイクロプレート法	
		基準値	(-)		陰性	
		基準値	(-)		陰性	

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
5080	不規則抗体	検査方法	カラム凝集法(クームス法・酵素法)		マイクロプレート法・試験管法(同定)	
		基準値	(-)			
6100	アトピー鑑別試験定性		(-)		陰性	
6150	IgG4	検査方法	ラテックス凝集比濁法		TIA法	
6160	TARC(CCL17)	基準値	11.0～121.0	mg/dL	11～121	mg/dL
6210	特異的IgE		95.1以上	pg/mL	95.0超	pg/mL
			0.34以下	U _A /mL	0.35未満	U _A /mL
9910	鳥特異的IgG抗体		判定:陰性(—) セキセイインコ:8未満 ハト:24未満	mg _A /L	判定:陰性(—) セキセイインコ:8.00未満 ハト:24.0未満	mg _A /L
11030	高感度CRP定量		(基準値設定なし)	mg/dL	0.14以下	mg/dL
11060	ASO	検査方法	LA		LAIA	
		基準値	成人 200以下	IU/mL	239以下	IU/mL
11090	IgG型リウマトイド因子		2.00未満		2.0 未満	
11260	抗ds-DNA-IgG抗体	検査方法	FEIA(蛍光酵素免疫測定法)		ELISA	
		基準値	判定基準:陰性:10.0未満 疑陽性:10.0～15.0 陽性:15.1以上	IU/mL	12以下	IU/mL
11310	抗RNP抗体/CLEIA	検査方法	FEIA(蛍光酵素免疫測定法)		CLEIA	
		基準値	判定基準:陰性:3.5未満 疑陽性:3.5～5.0 陽性:5.1以上	U/mL	10.0未満	U/mL
11330	抗Sm抗体/CLEIA	検査方法 基準値	FEIA(蛍光酵素免疫測定法) 判定基準:陰性:7.0未満 疑陽性:7.0～10.0 陽性:10.1以上	U/mL	CLEIA 10.0未満	U/mL
11350	抗SS-A/Ro抗体/CLEIA					
11370	抗SS-B/La抗体/CLEIA					
11390	抗Scl-70抗体/CLEIA					
11410	抗Jo-1抗体/CLEIA					
11420	抗セントロマー抗体					
11540	ミエリン塩基性蛋白(MBP)		102.0以下	pg/mL	102以下	pg/mL
11600	抗ランゲルハンス島抗体	検査方法	免疫蛍光抗体間接法		ICA法	
		基準値	5.00未満	JDFU	陰性 5未満	JDF Units
11610	PR3-ANCA	検査方法	FEIA(蛍光酵素免疫測定法)		CLEIA	
		基準値	判定基準:陰性:2.0未満 疑陽性:2.0～3.0 陽性:3.1以上	IU/mL	3.5未満	U/mL
11630	抗LKM-1抗体		判定 INDEX (-) 17.0未満 (+-) 17.0～49.9 (+) 50.0以上		判定 INDEX (-) 17未満 (+-) 17～49 (+) 50	
11710	抗GBM抗体	検査方法	FEIA(蛍光酵素免疫測定法)		CLEIA	
		基準値	7.0未満	U/mL	3.0未満	U/mL
11780	ペントシジン	検査方法	EIA		高速液体クロマトグラフィー	
		基準値	(基準値設定なし)	μg/mL	15.6～43.0	pmol/mL
11820	抗GQ1bIgG抗体		判定 C.O.I 陰性(-) 0.70未満 判定保留(+/-) 0.70～0.99 陽性(+) 1.00以上			
11830	抗GM1IgG抗体		判定 C.O.I 陰性(-) 0.70未満 判定保留(+/-) 0.70～0.99 陽性(+) 1.00以上			
11870	抗BP230抗体		9.0未満			
12170	エンドトキシン(透析A原液)	その他	エンドトキシン(透析液) ※透析液の種類はその他Noに記入下さい		透析液A、B、RO水・原水、調整透析液	
12390	レジオネラDNA定性	基準値	検出せず		陰性	
13090	HTLV-I 抗体/CLIA		(-)		陰性	
13120	HTLV-I プロウイルスDNA	検査方法	PCR(リアルタイムPCR)		PCR法	
		基準値	陰性 (プロウイルスを認めませんでした)		(-)	
13130	HTLV-I 核酸検出(妊婦向け)	検査方法	PCR(リアルタイムPCR)		PCR法	
		基準値	陰性 (プロウイルスを認めませんでした)		(-)	
13140	HIV-1/2抗体確認検査		陰性		(-)	

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
13230	RPR定性	検査方法	ラテックス比濁法		ラテックス凝集比濁法	
13270	TP抗体定性					
13430	エヒノコックス抗体		EIA		PA法	
13470	クラミジア・トラコマティスIgG	その他	クラミジアトラコマチス抗体IgG・IgA		クラミジア・トラコマティスIgG	
13480	クラミジア・トラコマティスIgA		※IgG・IgA 両方測定に変更		クラミジア・トラコマティスIgA	
13625	アスペルギルス抗体IgG	基準値	判定 (-) 濃度 5.0未満	AU/mL	5.0未満 陰性	
13840	淋菌/RT-PCR		陰性		(-)	
13871	クリプトコックスN抗原(S)		陰性		(-)	
13960	尿中肺炎球菌抗原迅速試験		(-)		陰性	
13980	ノロウイルスRNA同定		(-)		検出せず ^a	
13990	ノロウイルス抗原(迅速)		(-)		陰性	
14060	HBs抗体/CLIA		(-) 10.0 未満 (+) 10.0 以上	mIU/mL	(-) 10未満 (+) 10 以上	mIU/mL
14120	HBc-IgM抗体/CLIA		(-) 1.00 未満 (+) 1.00 以上	S/CO値	1.0 未満 陰性	S/CO
14310	HCV-RNA/リアルタイムPCR	基準値	判定基準 8.1以上;定量上限以上(検出) 1.2～8.0:定量範囲内 (検出) 1.2未満:定量下限未満 (検出) 検出せず:定量下限未満	LogIU/mL	未検出	LogIU/mL
14530	HEV-IgA抗体		陰性		(-)	
14540	HEV-RNA定量	検査方法	RT-PCR		リアルタイムPCR	
		基準値	陰性		2.0未満	LC/mL
15030	アデノウイルスDNA定性	検査方法	PCR(リアルタイムPCR)		RT-PCR	
16620	ヒトパルボB19DNA定性	基準値	検出せず ^a		陰性	
			PCR		RT-PCR	
			(-)		陰性	
			陰性		(-)	
			PCR		RT-PCR	
16700	水痘帯状ヘルペス抗原/FA		陰性		2×10 ² 未満	コピー/mL
16930	ヒトヘルペス8型DNA定量		陰性			
17040	サイトメガロpp65抗原C7-HRP	検査方法	直接酵素抗体法		アンチゲネミア法	
		基準値	陰性		(-)	
17600	新型コロナウイルス抗体S定量	検査方法	CLIA		ECLIA	
		基準値	判定 (-) 濃度 50未満 AU/mL			
17640	新型コロナウイルス抗原/唾液	検査方法	ECLIA		RT-PCR	
		基準値	1.0未満	COI		
18070	T3	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	80～160	ng/dL	0.58～1.59	ng/mL
18080	Free-T3	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	2.3～4.00	pg/mL	1.71～3.71	pg/mL
18110	T4	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	6.1～12.4	μg/dL	4.87～11.72	μg/dL
18120	Free-T4	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	0.90～1.70	ng/dL	0.70～1.48	ng/dL
18130	TBG		14.0～31.0	μg/mL	14～31	μg/mL
18150	サイログロブリン	検査方法	ECLIA		CLEIA	
		基準値	33.70以下	ng/mL	35.1以下	ng/mL
18160	抗サイログロブリン抗体	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	28未満	IU/mL	4.11未満	IU/mL
18180	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	16未満	IU/mL	5.61未満	IU/mL

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
18230	TSH	検査方法	検査方法:ECLIA 基準値:0.50～5.00 TSH は国際臨床化学連合 (IFCC) の提唱するハーモナイゼーション(測定値の均等化・共通化)に対応した試薬になります。	μ IU/mL	CLIA	
		基準値			0.35～4.94	μ IU/mL
18235	TSH/IFCC	検査方法		μ IU/mL	CLIA	
		基準値			0.61～4.23	μ IU/mL
18270	プロカルシトニン定量	検査方法	ECLIA		CLEIA	
		基準値	0.05以下 敗血症(細菌性)診断のカットオフ値 0.50未満 敗血症(細菌性)重症度判定のカットオフ値 2.00以上	ng/mL	0.05以下	ng/mL
18280	TSHレセプター抗体/第3世代	検査方法	ECLIA		CLEIA	
18350	LH	基準値	M 0.79～5.72 F 卵胞期 1.76～10.24 排卵期 2.19～88.33 黄体期 1.13～14.22 閉経後 5.72～64.31	mIU/mL	0.8～5.7	mIU/mL
18360	FSH		M 2.00～8.30 F 卵胞期 3.01～14.72 排卵期 3.21～16.60 黄体期 1.47～8.49 閉経後 157.79以下	mIU/mL	2.0～8.3	mIU/mL
18440	PTHrP		1.1未満	pmol/L	1.1以下	pmol/L
18471	Whole PTH	検査方法	ECLIA		CLEIA	
		基準値	14.9～56.9	pg/mL	8.3～38.7	pg/mL
18540	カテコールアミン3分画(TU)	基準値	アドレナリン 28.0以下 ノルアドレナリン 19.0～151.0 ドーパミン 130.0～1200.0	μ g/day	アドレナリン 3.4～26.9 ノルアドレナリン 48.6～168.4 ドーパミン 365.0～961.5	μ g/day
18560	Lドーパ	検査方法	LC-MS/MS		HPLC	
		基準値	(基準値設定なし)	ng/mL	1.2～2.2	ng/mL
18610	VMA定量(U)	検査方法	LC-MS/MS		HPLC	
		基準値	1.2～4.9	μ g/mg・CR	1.5～4.3	mg/day
18620	5-HIAA(U)	検査方法	LC-MS/MS		HPLC	
		基準値	0.6～4.1	mg/day	1.0～6.0	mg/day
18630	HVA(U)	基準値	1.6～5.5	μ g/mg・CR	2.1～6.3	mg/day
18665	セロトニン(B)	検査方法	LC-MS/MS		HPLC	
		基準値	血液 52.8～200.0	ng/mL	57～230	ng/mL
18670	コルチゾール	基準値	(午前6:00～10:00) 7.07～19.60	μ g/dL	7.07～19.6	μ g/dL
18680	コルチゾール(P)	検査方法	EIA		ECLIA	
		基準値	(基準値設定なし)	μ g/dL	7.07～19.6	μ g/dL
18690	コルチゾール(TU)	基準値	5.5～66.7	μ g/day	4.3～176	μ g/day
18760	レニン濃度(ARC)	基準値	2.21～39.49	pg/mL	2.21～39.5	pg/mL
18910	DHEA-S	基準値	男女年齢別	μ g/dL	24～537	μ g/dL
18950	ドーパミン総	基準値	0.5～6.2	ng/mL	1.8～7.7	ng/mL
18960	プレセプシン	基準値	敗血症(細菌性)診断のカットオフ値: 500.0	pg/mL	314未満	pg/mL
18970	タウ蛋白	検査方法	EIA		CLEIA	
		基準値	(基準値設定なし)	pg/mL	171～611	pg/mL
19020	HCG/CLIA(S)	検査方法	ECLIA		CLIA	
19090	エストラジオール(E2)(S)	検査方法	CLIA		ECLIA	
		基準値	男 19～51 女 卵胞期 19～226 排卵期 49～487 黄体期 78～252 閉経後 39以下	pg/mL	14.6～48.8	pg/mL
19150	プロゲステロン	検査方法	CLIA		ECLIA	
		基準値	男 0.6 以下 女 卵胞期 0.4以下 排卵期 3.7以下 黄体期 8.5～21.9 妊婦前期 23.9～141.4 妊婦中期 25.7～142.9 妊婦後期 51.2～325.8	ng/mL	0.22以下	ng/mL
19220	プレグナンジオール	検査方法	LC-MS/MS		GC/MS法(酵素水解法)	
		基準値	男 0.12～0.93 女 卵胞期 0.16～1.28 黄体期 0.69～4.70 閉経後 1.00以下	mg/day	男性0.16～0.79 要確認	

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
19230	プレグナントリオール	検査方法	LC-MS/MS		GC/MS法(酵素水解法)	
		基準値	男 0.25～1.48 女卵胞期 0.07～1.24 黄体期 0.25～1.58 閉経後 1.00以下	mg/day	男性0.13～1.60 要確認	
19240	抗ミュー管ホルモン(AMH)		検査案内参照	ng/mL	0.77～14.5	ng/mL
19310	CPR	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	(空腹時負荷前) 0.8～2.5	ng/mL	0.78～5.19	ng/mL
19350	CPR(TU)	検査方法	ECLIA		CLEIA	
		基準値	22.8～155.2	μ g/day	29.2～167	μ g/day
19430	インスリン	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	(空腹時負荷前) 1.5～16.4	μ U/mL	5.0～10.0	μ U/mL
19473	HOMA-β		(基準値設定なし)		40～60	
19530	サイクリックAMP		6.4～20.8	pmol/mL	11.0～21.0	pmol/mL
19540	サイクリックAMP(U)		3.3～6.1	μ mol/day	1.8～6.3	μ mol/day
20030	α フトプロテイン/CLIA	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	10.0以下	ng/mL	10以下	ng/mL
20050	CEA/CLIA		ECLIA		CLIA	
20100	CA19-9/CLIA	検査方法	ECLIA		CLIA	
			ECLIA		CLIA	
20140	PSA/CLIA	基準値	4.00以下	ng/mL	4.0以下	ng/mL
20160	PSA F/T比	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	24以上	%	26.1以上	%
20240	HE4+CA125同時測定	その他	ROMA値(閉経前)		HE4+CA125同時測定	
			ROMA値(閉経後)		HE4+CA125同時測定	
20250	CA125/CLIA	検査方法	ECLIA		CLIA	
20260	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	基準値	ROMA値の基準値設定なし		ROMA値 7.4以下 25.3以下	
20280	CA15-3	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	25.0以下	U/mL	31.3以下	U/mL
20290	CA72-4		6.9以下	U/mL	10.0以下	U/mL
20300	CA54/61		12.0以下	U/mL	12以下	U/mL
20390	塩基性フトプロテイン(BFP)		75.0未満	ng/mL	75未満	ng/mL
20420	γ セミノプロテイン		4.00以下	ng/mL	4.0以下	ng/mL
20430	サイトケラチン19フラグメント	検査方法	ECLIA		CLIA	
		基準値	2.8 以下 肺癌診断(小細胞癌を除く)の ためのカットオフ値は3.5ng/mLです	ng/mL	3.5以下	ng/mL
20440	Span-1		30.0以下	U/mL	30以下	U/mL
20490	BCA225	検査方法	CLEIA		CLEIA	
		基準値	160.0未満	U/mL	160未満	U/mL
20570	ProGRP		81.0未満	pg/mL	81未満	pg/mL
20600	可溶性インターロイキン2レセプター		121～613	U/mL	157～474	U/mL
21010	フェノバルビタール	検査方法	LA		EIA	
		基準値	10.0～40.0	μ g/mL	トラフ 10～40	μ g/mL
21020	フェニトイン	検査方法	LA		EIA	
		基準値	成人・小児 10.0～20.0 新生児 8.0～15.0	μ g/mL	10.0～20.0	μ g/mL
21030	カルバマゼピン	検査方法	LA		EIA	μ g/mL
		基準値	4.0～12.0 他の抗てんかん薬併用時 4.0～8.0	μ g/mL	4.0～12.0	μ g/mL
21040	バルプロ酸	検査方法	LA		ラテックス凝集比濁法	
		基準値	50.0～100.0	μ g/mL	50～100	μ g/mL
21050	ジゴキシン	検査方法	LA		EIA	
		基準値	0.8～2.0	ng/mL	0.5～1.5	ng/mL

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
21060	テオフィリン	検査方法	LA		EIA	
21080	エトスクシミド	基準値	40.0～100.0 緊急報告 120.0以上	μ g/mL	40～100	μ g/mL
21110	クロナゼパム		20.0～70.0	ng/mL	10～70	ng/mL
21120	ニトラゼパム		20.0～100.0	ng/mL	20～100	ng/mL
21130	ジアゼパム		200.0～500.0 中毒域 1000.0以上	ng/mL	200～ 500 中毒域 1000以上	ng/mL
21150	ゾニサミド		Trough 10.0～30.0	μ g/mL	トーフ 10～30	μ g/mL
21170	リドカイン	検査方法	EIA		EMIT 法	
		基準値	1.2～5.0 中毒域 5.1以上	μ g/mL	1.5～5.0 中毒域 5.1以上	μ g/mL
21180	プロカインアミド	検査方法	EIA		HEIA	
		基準値	4.0～10.0	μ g/mL	4.0～8.0	μ g/mL
21250	リチウム		0.30～1.20(早朝服薬前)	mEq/L	0.3～1.2	mEq/L
21270	アミカシン		グラム陰性菌感染症に対する標準治療 Peak 50.0～60.0 Trough 4.0未満	μ g/mL	50～60	μ g/mL
21280	ゲンタマイシン		グラム陰性菌感染症に対する標準治療 Peak 15.0～20.0 Trough 1.0未満	μ g/mL	15～20	μ g/mL
21290	トブラマイシン	検査方法	EIA		HEIA	
		基準値	Peak 15.0～20.0 Trough 1.0 未満	μ g/mL	15～20	μ g/mL
21300	メトトレキサート		中毒域(大量投与時) 24時間後 10.00以上 48時間後 1.00 以上 72時間後 0.10以上	μ mol/L	中毒域(大量投与時) 24時間後 10以上 48時間後 1以上 72時間後 0.1以上	μ mol/L
21330	シクロスボリン	検査方法	CLEIA		ECLIA	
21340	サリチル酸(アスピリン)	基準値	抗炎症作用として 100～250	μ g/mL	150～300	μ g/mL
21350	アセトアミノフェン	検査方法	EIA		HEIA	
		基準値	中毒域 200.1以上(4時間) 100.1以上(8時間) 50.1以上(12時間)	μ g/mL	中毒域 200以上(4時間)	μ g/mL
21360	エタノール		0.3以下 (検出感度以下)	mg/dL	0.1未満	mg/mL
21390	ブロムペリドール		15.0以下	ng/mL	15以下	ng/mL
21410	メキシレチン		0.50～2.00	μ g/mL	0.5～2.0	μ g/mL
21430	ピルシカイニド		Trough 0.20～0.90	μ g/mL	0.2～0.9	μ g/mL
21440	テイコブラニン	検査方法	LA		ラテックス凝集比濁法	
		基準値	Trough 15.0～30.0	μ g/mL	トーフ 15～30	μ g/mL
21460	アルベカシン		Peak 15.0～20.0 Trough 1.0～2.0 未満	μ g/mL	ピーク 15～20 トーフ 1～2未満	μ g/mL
21480	プロバフェノン		(基準値設定なし)	ng/mL	総量50～1500	
21510	タクロリムス	検査方法	CLEIA		ECLIA	
		基準値	(基準値設定なし)	ng/mL	5.0～20.0	ng/mL
21540	ピルメノール	検査方法	HPLC		LC-MS/MS	
		基準値	400.0以上	ng/mL	0.40以上	μ g/mL
21610	トピラマート		Trough 5.0～20.0	μ g/mL	トーフ 5～20	μ g/mL
21620	ラモトリギン		有効治療濃度:Trough 2.50～15.00	μ g/mL	トーフ 2.5～15	μ g/mL
21630	レベチラセタム		Trough 12.0～46.0	μ g/mL	トーフ 12～46	μ g/mL
21640	ベプリジル(S)		250.0～800.0(治療濃度範囲)	ng/mL	250～800	ng/mL
21645	ベプリジル(P)		250.0～800.0(治療濃度範囲)	ng/mL	250～800	ng/mL
21730	馬尿酸	検査方法	HPLC		LC-MS	
21740	メチル馬尿酸		HPLC		LC-MS	
21755	マンデル酸/エチルベンゼン		HPLC		LC-MS	
21940	スチレン代謝物		HPLC		LC-MS	
21990	尿中メチルイソブチルケトン	基準値	1.0以下	mg/L	1 以下	mg/L
30010	末梢血液一般	基準値 単位				
30011	・白血球数		男 3900 ～ 9700 女 3500 ～ 9100	/ μ L	35～95	10 ² /uL
30012	・赤血球数		男 438 ～ 577 女 376 ～ 516		M420～570 F380～500	10 ⁴ /uL
30013	・血色素		男 13.6 ～ 18.3 女 11.2 ～ 15.2		M13.0～17.0 F11.5～15.0	g/dL

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
30014	・ヘマトクリット	基準値 単位	男 40.4 ～ 51.9 女 34.3 ～ 45.2		M38.0～51.5 F34.0～45.0	%
30015	・血小板数		14.0 ～ 37.9		13.0～37.0	10 ⁴ /uL
30016	・MCH		男 28.2 ～ 34.7 女 26.4 ～ 34.3		M28.0～34.5 F27.0～34.0	pg
30017	・MCV		男 83 ～ 101 女 80 ～ 101		M85.0～101.0 F80.0～100.0	fL
30018	・MCHC		男 31.8 ～ 36.4 女 31.3 ～ 36.1	g/dL	M31.5～36.0 F31.0～35.5	%
30030	網状赤血球数	基準値	2～20	‰	2.0～27.0	‰
30040	血液像		Baso 0.0～2.5 Mono 2.0～10.0 Eosino 0.0～8.5 Lympho 16.5～49.5 Neutro 38.5～80.5 Stab 0.5～6.5 Seg 38.0～74.0	%	Ba: 0.0～2.0 Eo: 0.0～10.0 Neu:(36.0～77.0) St: 0.0～10.0 Seg: 36.0～77.0 Lym: 19.0～55.0 Mon: 1.0～12.0	%
30240	好酸球数		70～450	/ μ L	70～440	/ μ L
30271	赤沈 60分		60分値 M 2～10 F 3～15		M 10以下 F 15以下	mm
30320	骨髓像ALP染色		SCORE 男 169.5～335.0 女 188.5～367.0 RATE 男 60.5 ～ 99.5 女 67.5 ～ 99.5			
31020	プロトロンビン時間		10.0～13.5 秒 活性値 80～120 % INR 0.80～1.20		10.1～12.4	SEC
31190	第Ⅷ因子インヒビター		1未満	B.U/mL	検出せず	B.U/mL
31200	第Ⅸ因子インヒビター		1未満	B.U/mL	検出せず	B.U/mL
31250	プラスミノーゲン		80～130	%	75～125	%
31260	アンチプラスミン		80～130	%	85～115	%
31300	SFMC		判定(-) 濃度 7未満 μ g/mL		陰性	
31340	ループスアンチコアグulant/dRVVT		1.20以下 中和前(秒) 中和後(秒)		1.2以下	
31380	プロテインS(遊離型抗原量)		M 50.0～131 F 49.0～133	%	M 50～131 F 49～133	%
32010	出血時間		(基準値設定なし)		5.0以内	min
32020	凝固時間		(基準値設定なし)		8.0～12.0	min
35030	尿中蛋白定量		(基準値設定なし)	mg/dL	10未満	mg/dL
35031	尿中蛋白定量(TU)		20～120	mg/day	120以下	mg/day
35040	尿中糖定量		(基準値設定なし)	mg/dL	0.02以下	g/dL
35041	尿中糖定量(TU)		40～85	mg/day	0.09以下	g/day
35595	虫体鑑別		(-)			
35640	便中HbTF	検査方法	金コロイド法凝集法		イムノクロマト法	
35641	便中HbTF(2回目)	基準値	ヘモグロビン 100未満 トランスフェリン 50未満	ng/mL	(-)	
35680	便脂肪染色(消化状態)	基準値	(-)			
35690	CDトキシシン(GDH)		CDトキシシン(-) CD抗原(-)		(-)	
35710	赤痢アメーバ同定検査		(-)			
36030	髄液蛋白定量		10～40	mg/dL	15～45	mg/dL
36040	髄液糖定量		50～75	mg/dL	50～80	mg/dL
36160	クロール(穿刺液)		15未満	mEq/L		
36250	クロール(胸水)					
36350	クロール(腹水)					
36470	クロール(関節液)					
36610	精液検査	検査方法	鏡検法		重量法	
		基準値	精子濃度 20以上×10 ⁶ /mL 精液量 2.0以上mL			
37020	尿素呼吸テスト/ピロニク	検査方法	赤外分光法		GC-MS法	
		基準値	Δ ¹³ C 6.0未満	‰	Δ ¹³ C 3.0 未満	‰
40010	LST/1薬剤	基準値	S.I. 陰性 180以下 陽性 181以上	%	陽性:200以上 疑陽性:180～199 陰性: 179以下	%
40020	LST/2薬剤					
40030	LST/3薬剤					

項目コード	検査項目	変更箇所	新		旧	
40031	LST/4薬剤	基準値	S.I. 陰性 180以下 陽性 181以上	%	陽性:200以上 疑陽性:180～199 陰性: 179以下	%
40032	LST/5薬剤					
40033	LST/6薬剤					
40510	T細胞B細胞百分率		T細胞 57.90～84.30 B細胞 4.40～25.90	%	T 66～89 B 4～13	%
40640	JAK2V617F遺伝子変異解析	検査方法	PCR(リアルタイムPCR)		RT-PCR	
		基準値	判定:陰性 遺伝子変異割合:1.000以下	%	1.0以下陰性	
40810	リンパ球サブセット/CD3		57.90～84.30	%	58.0～84.0	
40820	リンパ球サブセット/CD4		27.70～57.70	%	25.0～54.0	
40830	リンパ球サブセット/CD8		17.30～45.90	%	23.0～56.0	
40831	CD4/CD8比		0.30～2.57		0.40～2.30	
41070	乳癌HER2遺伝子/FISH		胃癌:HER2/CEP17 2.0未満 乳癌:HER2/CEP17 2.0未満且つ1細胞あたりのHER2遺伝子平均コピー数4.0未満			
41110	CLDN18		【CLDN18 陽性】75 以上の腫瘍細胞において、細胞膜に中等度～強い染色が認められる			
42070	インターロイキン-4	検査方法	CLEIA		ELISA	
		基準値	(参考値) 6.0以下	pg/mL	6.0以下	pg/mL
42090	インターロイキン-6/CLEIA		2.410以下	pg/mL	4.0以下	pg/mL
42100	インターロイキン-8	検査方法	EIA		ELISA	
		基準値	8.0未満	pg/mL	2.0以下	pg/mL
42110	インターロイキン-10	検査方法	EIA		ELISA	
		基準値	(健常者参考値) 2.03以下	pg/mL	5以下	pg/mL
42140	TNF- α /高感度	検査方法	CLEIA		ELISA	
		基準値	(健常者参考値) 2.27～11.2	pg/mL	0.75～1.66	pg/mL