

## 検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、下記項目につきまして本年 11 月より検査方法及び基準値等を変更させていただくことに致しましたので、取り急ぎご案内申し上げます。

誠に勝手ではございますが事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬 具

記

## 対象項目／変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
561	テストステロン	検査方法 基準値 報告下限値	CLIA [シーメンスヘルスケア・ダイ アグノスティクス] M 0.86~7.88ng/mL F 0.59ng/mL 未満 0.07ng/mL 未満	CLIA [シーメンスヘルスケア・ダイ アグノスティクス] M 2.36~10.37ng/mL F 0.03~0.67ng/mL 0.10ng/mL 未満	改良試薬 へ変更
660	アデニンデアミナーゼ (ADA) 〈血清〉	測定場所 基準値 報告日数	LSIメディエンス 8.6~20.5U/L 3~4日	サカイ生化学研究所 5.2~18.6U/L 1~2日	
1860	アデニンデアミナーゼ (ADA) 〈穿刺液〉	測定場所 報告日数	LSIメディエンス 3~4日	サカイ生化学研究所 1~2日	

## 変更期日

- 平成 30 年 11 月 1 日 (木) 受付日分より

## 【テストステロン】

テストステロンの測定試薬を変更致します。本変更に伴い、基準値を測定試薬の添付文書記載値に変更致します。

