

関係各位

呉市医師会臨床検査センター

検査センターからのお知らせ

検査内容変更のご案内

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、別掲項目について本年10月より検査内容・基準値等を変更させていただくことと致しましたので、取り急ぎご案内致します。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。

◆検査内容・基準値等 変更対象項目

検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
脛アミラーゼ 検査実施料 : 48点 判断料 : 144点 《生I》	基準値	16~52 U/L	19~53 U/L	JSCC 勧告法試薬の採用
TSHレセプター抗体定量 検査実施料 : 214点 判断料 : 144点 《免疫》	検査方法 基準値	CLIA 3.10 IU/L未満	ECLIA 2.0 IU/L未満	
サイログロブリン 検査実施料 : 128点 判断料 : 144点 《生II》	検査方法 基準値	CLIA 3.68~64.15 ng/mL	ECLIA 33.7 ng/mL以下	

<変更期日> 令和7年10月1日(水) 受付日分より