

先生各位

検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記の項目におきまして、検査内容を変更させていただきますのでご案内申し上げます。
今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

《変更日》 平成 28 年 6 月 6 日（月）受付分より

《変更内容》

総合 検査案内	検査 コード	検査項目名称	変更内容	変更後	変更前
P.28	2372	成長ホルモン（GH） 血清	所要日数	1～3日	2～4日
			検査方法	ECLIA 法	CLEIA 法
			基準値	男性： 2.47 以下 ng/mL 女性： 0.13～9.88ng/mL	男性： 0.97ng/mL 以下 女性： 3.61ng/mL 以下
			最小 報告値	0.03ng/mL 以下	0.01ng/mL 以下
P.34	2536	コルチゾール 血清	基準値	7.07～19.60 μg/dL	6.2～19.4 μg/dL
			最小 報告値	0.05 μg/dL 以下	0.6 μg/dL 以下
			報告形態	小数点第二位	小数点第一位

※ その他の検査内容に変更はございません。

《変更理由》

- ◎ 成長ホルモン：所要日数短縮を目的とした検査体制見直しのため
- ◎ コルチゾール：ステロイドホルモンとの交差性の低い改良試薬への変更のため

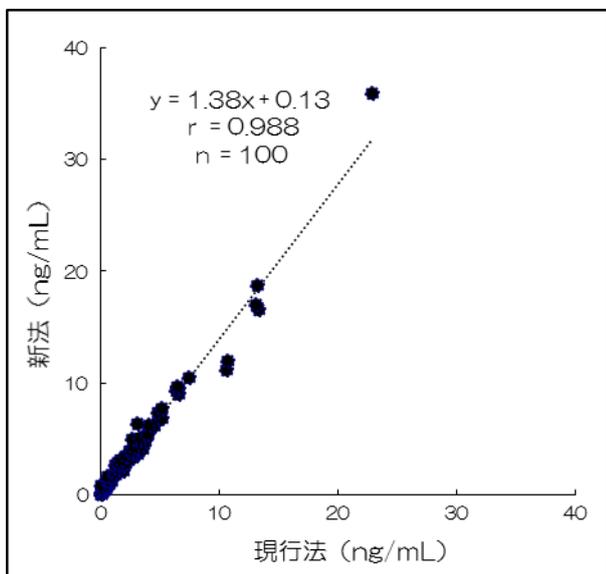
《補 足》

成長ホルモンについて

「成長ホルモン分泌不全性低身長症の診断」および「成人成長ホルモン分泌不全症の診断」において、現行法では成長科学協会の示す補正式による換算が必要でしたが、新法では換算は不要になります。

《相 関 図》

成長ホルモン (GH)



コルチゾール

