

当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<http://www.medience.co.jp/>)よりPDF形式にてダウンロードできます。

「総合検査案内」 新規・変更・中止項目一覧のご案内

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、厚く御礼申し上げます。

さて、弊社「総合検査案内（2013年度版）」発行後に、新たに検査受託を開始した項目や、検査内容を変更した項目などを取り纏めましたので、ご案内させていただきます。

ご利用いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

対象印刷物

- 総合検査案内(2013年版)

変更内容

- 別掲をご参照下さい。

以 上

新規受託開始項目

入コード 統一コード	検査項目	採取量 (mL) ↓ 提出量 (mL)	容 器	保 存 方 法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所要 日数	備 考	検 体 の 安 定 性
---------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	---------	------------	----------	-----	----------------------------

生化学検査

25875 3K041	マンデル酸(EB)	尿	1	25	冷	HPLC	g/L	-	4 5	対象物質はエチルベンゼンです。 脚注参照*1	
----------------	-----------	---	---	----	---	------	-----	---	--------	---------------------------	--

[ご注意] 「産業衛生関連検査」を複数項目ご依頼になる場合は、当社指定容器で尿6mLをご提出下さい。

*1: [検体採取時期] 採取日は連続した作業日の2日目以降。作業終了の2時間前に一度排尿し、その後は排尿せずに、作業終了後に採尿したものをご提出下さい。

薬毒物検査

25904 3L240	ルフィナミド	血液 ↓ 血清	1 0.3	03 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL	[470]	3 5	主な商品名: イノベロン EDTA血漿も検査可。	
----------------	--------	---------------	----------	----------	---	----------	-------	-------	--------	-----------------------------	--

[ご注意] 血中薬物検査のご依頼に当たっては、分離剤入り採血管は使用しないで下さい。測定値が分離剤の影響を受ける場合があります。

内分泌学検査

25979 4A070	バゾプレシン (AVP)	血液 ↓ EDTA血漿	5.5 2.2	14 02	凍	RIA (二抗体法)	pg/mL	235 生II	5 7	溶血と乳ビの影響により、測定値が高値となる可能性があります。 脚注参照*2	
25859 4G030	隣グルカゴン (IRG)	血液 ↓ 血漿	2 0.6	08 02	凍	RIA (二抗体法)	pg/mL	150 生II	5 7	溶血の影響により、測定値が低値となる可能性があります。 乳ビの影響により、測定値が高値となる可能性があります。	

*2: バゾプレシン分泌低下症(中枢性尿崩症)の治療に用いられるデスマプレシン(DDAVP)投与中の患者では検査結果が高値になるため、使用できません。

ウイルス学検査

25840 5F101	HPV-DNA 簡易ジェノタイプ判定 《TaqManPCR法》	LBC用採取液*3 (ThinPrep) または (SurePath)	2 2	81 82	冷	ロシユリアルタイム PCR法	検出せず	360 微生	3 5	脚注参照*4	
----------------	---------------------------------------	--	--------	----------	---	-------------------	------	-----------	--------	--------	--

*3: 液状細胞診(LBC: Liquid Based Cytology) 実施済みの検体をご提出される場合は、コンタミネーションに十分ご注意ください。また、その際は液状細胞診の商品名をご記入下さい。

*4: 16型、18型およびその他12種類の高リスク型HPV(31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66および68型)を検出致します。その他12種類の高リスク型HPVについては型別判定はできません。

1: 予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-USと判定された患者に対してHPV検査を行った場合に限り算定できます。

2: 細胞診と同時にHPV検査を実施した場合は算定できません。

3: [HPV核酸検出]と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定できます。

4: 算定に当たっては、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等への届出が必要です。

免疫血清学検査

25926 5E156	トクソプラズマ抗体 IgG (EIA)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	EIA	IU/mL	93 免疫	3 6	判定基準については 1 参照	
25929 5E157	トクソプラズマ抗体 IgM (EIA)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	EIA	陰性(-) (C.O.I.) 0.80 未満	95 免疫	3 6	判定基準については 2 参照	
25925	プレセブシン	血液 ↓ EDTA血漿	2 0.4*5	14 02	凍	CLEIA	pg/mL	320 生I	2 3	ヘパリン血漿も検査可。 脚注参照*5	

*5: 専用検体としてご提出下さい。(他項目との重複依頼は避けて下さい。)

*6: ボルテックスミキサーなどによる強い攪拌は測定値が上昇しますので使用しないで下さい。

5: 「プロカルシトニン半定量」、「プロカルシトニン定量」、「エンドトキシン検査」を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定できます。

6: 敗血症(細菌性)を疑う患者を対象として測定した場合に算定できます。

1 「トクソプラズマ抗体IgG(EIA)」の判定基準

判定	抗体価 (IU/mL)
陰性 (-)	6 未満
判定保留 (±)	6~8
陽性 (+)	9 以上

2 「トクソプラズマ抗体IgM(EIA)」の判定基準

判定	カットオフインデックス
陰性 (-)	0.80 未満
判定保留 (±)	0.80~0.99
陽性 (+)	1.00 以上

入力コード 統一コード	検査項目	採取量 (mL) ↓ [遠心] 提出量 (mL)	容 器	保 存 方 法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所要 日数	備 考	検 体 の 安 定 性
----------------	------	-----------------------------------	--------	------------------	------	---------	------------	----------	-----	----------------------------

免疫血清学検査 (続)

25921 5E054	百日咳菌抗体 《EIA》	血液 ↓ [遠心] 血清	1 0.3	01	冷	EIA	EU/mL PT-IgG : 10 未満 FHA-IgG : 10 未満	294 免疫	3 5	
25855 5C200	タウ蛋白 *9	髄液 ↓ [遠心] 上清	0.3 0.3	02 88 ³	凍 -20℃ 以下	EIA	pg/mL	680 尿便 ⁷		必ず指定容器使用 脚注参照*7,8 ※21
25856 5C201	リン酸化タウ蛋白	髄液 ↓ [遠心] 上清	0.3 0.3	02 88 ³	凍 -20℃ 以下	EIA	pg/mL 50.0 未満 (アルツハイマー型 認知症の診断基準)	680 尿便 ⁸		必ず指定容器使用 脚注参照*7,8 ※21
25857	アミロイドβ (1-40)	髄液 ↓ [遠心] 上清	0.3 0.3	02 88 ³	凍 -20℃ 以下	EIA	pg/mL	-		必ず指定容器使用 脚注参照*7,8 ※21
25955		血液 ↓ [遠心] EDTA血漿	1 0.3	13 02						
25858	アミロイドβ (1-42)	髄液 ↓ [遠心] 上清	0.3 0.3	02 88 ³	凍 -20℃ 以下	EIA	pg/mL	-		必ず指定容器使用 脚注参照*7,8 ※21
25956		血液 ↓ [遠心] EDTA血漿	1 0.3	13 02						
26000 5A100	View アレルギー-36	血液 ↓ [遠心] 血清	3 0.7	01	冷	FEIA	(index) 0.27 未満	1430 免疫	3 4	アレルギー構成については [4] 参照。 判定基準については [5] 参照。 脚注参照*10,11

- *7: 必ずタウ蛋白・アミロイドβ関連検査の専用検体としてご依頼下さい。
 - *8: ご依頼に際しては、「タウ蛋白・アミロイドβ関連検査依頼書」をご利用下さい。
 - *9: クロイツフェルト・ヤコブ病の診断目的での検査受託は行っておりません。(検体取り扱い等の問題があるため)
 - *10: 1回のアッセイに血清0.7mLが必要となります。
 - *11: アレルギー36種に対し、検査優先順位の指定はお受け出来ませんので、予めご了承下さい。
 - ⁷: クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、1患者につき1回に限り算定できます。
 - ⁸: 認知症の診断を目的に、1患者につき1回に限り算定できます。
- ※21: 常盤特殊分析センター

3 「タウ蛋白・アミロイドβ」専用容器

容器番号	88	タウ蛋白・アミロイドβ用容器
		
容 量	3.4mL	
保 管	常温 有効期間 1年	
添加剤	-	

5 「View アレルギー-36」の判定基準

index値	クラス	判定
0.27未満	0	陰 性
0.27~0.49	1	疑陽性
0.50~1.79	2	陽 性
1.80~7.04	3	
7.05~17.34	4	
17.35~29.30	5	
29.31以上	6	

4 「View アレルギー-36」の構成アレルギー

構成するアレルギー名称		推定されるアレルギー群	構成するアレルギー名称		推定されるアレルギー群
吸 入	ハウスダスト1	室内塵	食 物	牛乳	食品
	ヤケヒョウヒダニ	ダニ		卵白	
	スギ	樹木花粉		オボムコイド	
	ヒノキ			米	
	ハンノキ(属)			コムギ(実)	
	シラカンバ(属)	イネ科植物花粉		ソバ	
	カモガヤ			大豆	
	ブタクサ	雑草花粉		ピーナッツ	
	ヨモギ	真菌(カビ)		リンゴ	
	アルテルナリア			キウイ	
	アスペルギルス			ゴマ	
	カンジダ			牛肉	
	マラセチア(属)	動物		鶏肉	
	ネコ(フケ)			エビ	
	イヌ(フケ)			カニ	
ゴキブリ	昆虫	サバ			
ガ		サケ			
その他	ラテックス	職業性アレルギー	マグロ		

※各36項目について、個々のindex値とクラスをご報告致します。判定基準は、従来の「特異的IgE」とは異なります。

新規受託開始項目

入カコード 統一コード	検査項目	採取量 (mL)	容 器	保存 方法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所要 目数	備考	検体の 安定性
		↓ 遠心 ↑ 提出量 (mL)								

免疫血清学検査 (続)

25954 5G120	抗Jo-1抗体 (CLEIA)	血液	1	01	冷	CLEIA	10.0 未満	U/mL	150	2 4	
		血清	0.3						免疫		
25950 5G396	抗デスモグレイン1抗体	血液	1	01	冷	CLEIA	20.0 未満	U/mL	300	2 4	
		血清	0.3						免疫 <small>9 10</small>		
25951 5G397	抗デスモグレイン3抗体	血液	1	01	冷	CLEIA	20.0 未満	U/mL	270	2 4	
		血清	0.3						免疫 <small>9 11</small>		

9：厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者に対し、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できます。

10：落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、「抗デスモグレイン1抗体」と「抗デスモグレイン3抗体」を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定できます。

11：尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、「抗デスモグレイン1抗体」と「抗デスモグレイン3抗体」を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定できます。

遺伝子関連検査

45300	TTR遺伝子変異解析	EDTA加血液	5	14	冷	PCR/ダイレクト シーケンス	変異を認めず	4000	血液	14 25	脚注参照*12,13,14,15	
-------	------------	---------	---	----	---	--------------------	--------	------	----	----------	------------------	--

*12：検査に当たり、被検者(または代諾者)への十分なご説明をいただき被検者ご自身の承諾が文書で得られた場合にのみ検査の受託をさせていただきます。依頼書の被検者名はプライバシー保護のため匿名化をお願いします。また、検査前後の被検者への十分なカウンセリングを併せてお願い致します。

*13：本検査では遺伝子配列の決定を三菱化学メディエンスで行い、解析ならびに結果判定を信州大学内科学(脳神経内科、リウマチ・膠原病内科)にて行います。

*14：本検査だけでは、家族性アミロイドポリニューロパチー(FAP)の診断はできません。

*15：ご依頼に際しては、『TTR遺伝子変異解析専用依頼書』をご利用下さい。

検査内容変更項目

赤字部分が総合検査案内2013(A4版)発行以降に変更した内容です。

入カコード 統一コード	検査項目	採取量 (mL) ↓ 提出量 (mL)	容器	保存方法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所要日数	備考	検体の安定性	該当ページ
----------------	------	---------------------------	----	------	------	---------	------------	------	----	--------	-------

生化学検査

04020 3K040	マンデル酸 (ST)	尿	1	25	冷	HPLC	g/L	-	4 5	対象物質はスチレンです。	4 週	P 15
----------------	------------	---	---	----	---	------	-----	---	--------	--------------	--------	---------

薬毒物検査

01590 3L205	トリメタジオン	血液 ↓ 血清	2 0.5	03 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL 有効治療濃度 300~500	[470]	4 10	活性代謝物であるジメタジオンを測定。	30 日	P 24
3L970	乱用薬物検査 (米国・職域薬物検査法規準拠)	尿	各8	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1			P 30
25752 3L970	乱用薬物スクリーニング											
05794 3L965	覚せい剤検査	尿	8	25	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1		P 30
05244 3L975	アヘン系麻薬検査	尿	8	25	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1		P 30
08821	コカイン系麻薬検査	尿	8	25	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1		P 30
08691	大麻・マリファナ検査	尿	8	25	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1		P 30
25778	幻覚剤検査	尿	8	25	冷	EMIT (スクリーニング) LC-MS/MS (確認検査)	検出せず	-	3 4	脚注参照*1		P 30

*1: 規制薬物関連検査につきましては、検体妥当性試験を実施致します。クレアチニン濃度、比重、pHおよび亜硝酸塩濃度を測定し、検査材料である尿が薬物検査に適しているか否かを確認します。

内分泌学検査

25418 5C120	インタクトI型プロコラーゲン -N-プロペプチド (Intact PINP)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	凍	RIA (二抗体法)	μg/L M(20~80歳) 19.0~83.5 F閉経前(30~44歳) 14.9~68.8 閉経後(45~80歳) 27.0~109.3	170 生II	2 4			P 38
01050 4F065	テストステロン	血液 ↓ 血清	2 0.5	01	冷	CLIA	ng/mL M 1.92~8.84 F閉経前 0.15~0.44 閉経後 0.12~0.31	137 生II	2 3	午前中(9~12時)に採血して下さい。 性別、年齢を必ずご記入下さい。		P 42
03860 4F070	遊離テストステロン	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	凍	RIA (チューブ固相法)	pg/mL 総合検査案内 47頁-5参照	170 生II	2 5	午前中(9~12時)に採血して下さい。 性別、年齢を必ずご記入下さい。		P 42
25547 4F100	抗ミュラー管ホルモン (AMH/MIS)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	凍	EIA	ng/mL		3 9			P 42

検査内容変更項目

入カコード 統一コード	検査項目	採取量 (mL) ↓ 提出量 (mL)	容 器	保 存 方 法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所 要 日 数	備 考	検 体 の 安 定 性	該 当 ヘ ジ ン
08810 5F399	インフルエンザ	血液 2 ↓ 血清 0.4 ↓ 髄液 0.7	01 02	冷	HI	血清 10 倍 髄液 原液	79+79 免疫	3 ~ 5	インフルエンザA型およびB型の 流行ワクチン株につき、一括検 査実施致します。	4 週	P 55
25920 5F450	HTLV-I抗体 (ATLA抗体) 《スクリーニング》	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	PA	16 倍未満	85 免疫	2 ~ 4	陽性の場合「確認試験」の実施 をお勧め致します。	3 週	P 63
25527 5F101	HPVジェノタイプ判定	LBC用採取液 (ThinPrep) 3 または (SurePath) 3	81 82		PCR-rSSO法		2000 微生物	3 ~ 6	必ず指定容器使用 16,18,31,33,35,39,45,51,52, 56,58,59および68型の"中~高 リスク型" HPVを検出致します。 ぬぐい液は検査不可。		P 66

*2: 2013年11月現在の測定株は次の通りです。
A型: A/カリフォルニア/7/2009/ (H1N1) pdm09、A/テキサス/50/2012 (H3N2)
B型: B/マサチューセッツ/2/2012

免疫血清学検査

05283 5E151	(1→3)-β-D-グルカン	血液 3	51	冷 凍 結 不 可	比濁時間分析法	pg/mL 11未満	220 免疫	2 ~ 3	必ず指定容器使用 検体はエンドトキシンフリーの専 用容器にて無菌的に採取して下 さい。		P 74
04900	STDマイコプラズマ同定	初尿 または ぬぐい液	8 57	55 冷	PCR/ インベーター法	M.genitalium 検出せず M.hominis 検出せず U.parvum 検出せず U.urealyticum 検出せず	-	3 ~ 4	必ず指定容器使用 専用容器は、予めご依頼下さい。		P 76
05007 5J228	TARC	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	EIA	pg/mL 小児(6~12ヶ月) 1367 未満 小児(1~2歳) 998 未満 小児(2歳以上) 743 未満 成人 450 未満	200 免疫	2 ~ 4	中等症以上のアトピー性皮膚炎 の目安は、成人700pg/mL以 上、小児(2歳以上) 760pg/ mL以上です。		P 79
25953 5G090	抗セントロメア抗体	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	CLEIA	U/mL 10.0 未満	190 免疫	2 ~ 3			P 83
25952 5G398	抗BP180抗体 (血清中抗BP180NC16a抗体)	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	CLEIA	U/mL 9.0 未満	270 免疫	2 ~ 3		1 週	P 84

遺伝子関連検査

07778 8C505	WT1 mRNA定量	〈血液〉	EDTA加血液	7	14	冷	リアルタイム RT-PCR法	copy/μg RNA 50 未満	2520 血液	3 ~ 6	ご依頼に際しては、「遺伝子解析 検査依頼書」をご利用下さい。	P 112
07985 8C505		〈骨髄液〉	骨髄液	0.5	22	冷		copy/μg RNA				
04584 8C051	EGFR遺伝子変異解析	新鮮組織 0.2g または 未染スライド 5枚 または 胸水	1 30 1	27 以下 常 冷	PNA-LNA PCR Clamp法 (改良法)	変異を検出せず	2100 尿便	4 ~ 8	ご依頼に際しては、「遺伝子解析 検査依頼書」をご利用下さい。		P 113	
45295 8C933	UGT1A1遺伝子多型解析	EDTA加血液	2	14	冷	インベーター法		2100 血液	3 ~ 10	ご依頼に際しては、「遺伝子解析 検査依頼書」をご利用下さい。	P 113	

入力コード MAYOコード	検査項目	採取量 (mL) ↓ 提出量 (mL)	容器	保存方法	検査方法	基準値(単位)	実施料 判断料	所要 日数	備考	検体の 安定性	該当 ページ
------------------	------	---------------------------	----	------	------	---------	------------	----------	----	------------	-----------

微生物学検査

一般細菌・真菌検査 感受性検査 *3,4,5	1菌種	培養同定に同じ	総合 検査 案内 140 頁 参照		微量液体希釈法 ディスク拡散法			170 微生物	CLSI法 変更内容の詳細はINFORMATION Vol.13-25をご参照下さい。		P 133
	2菌種							220 微生物			
	3菌種以上							280 微生物			

- * 3 : 感受性検査を実施できない菌種は、レジオネラ菌、放線菌、真菌（酵母様真菌を除く）、百日咳菌、ガードネラ、トリコモナス、ノカルジアです。酵母様真菌の感受性検査は別途ご依頼が必要です。
- * 4 : 最小発育阻止濃度MIC値（単位:μg/mL）およびS.I.Rをご報告致します。
- * 5 : 淋菌、髄膜炎菌（泌尿器由来）キャンピロバクター（消化器材料由来）、*Moraxella catarrhalis*および*Streptococcus anginosus group*は微量液体希釈法によるMIC値報告の適用外とし、ディスク拡散法にて検査を実施しS.I.Rをご報告致します。
指定菌種以外につきましても、微量液体希釈法による初回検査の結果が「判定不能」となった場合には、ディスク拡散法にて再検査を実施致します。

海外委託検査

07992 8607	銀 (Ag)	血液 ↓ 血清	3 1	※	凍	ICP-MS	<15	ng/mL	-	14 ↓ 21	※ メタルフリーの専用採血管をご使用下さい。[1] 参照。検体採取方法については総合検査案内176頁-1参照。	P 173
---------------	-----------	---------------	------------	---	---	--------	-----	-------	---	---------------	---	----------

海外委託検査→国内再委託検査(中央労働災害防止協会 労働衛生調査分析センター)

25971	タリウム (TI)	随時尿	8	※	冷	ICP-MS	設定せず	μg/L	-	7 ↓ 23	※ 検体輸送には専用容器をご使用下さい(総合検査案内176頁-1参照)。防腐剤不用。蓄尿は検査不可。	P 174
25972	ヒ素 (As)	〈尿〉 随時尿	5	※	冷	還元酸化原子 吸光法	設定せず	μg/L	-	9 ↓ 16	※ 検体輸送には専用容器をご使用下さい(総合検査案内176頁-1参照)。防腐剤不用。蓄尿は検査不可。	P 174
25973		〈毛髪〉 毛髪	0.5g	27	室		設定せず	μg/g	爪は検査不可。			

1 金属分析専用採血管



容量	6mL
保管	常温
添加剤	—

検査中止項目

検査中止項目

分野	入力コード	検査項目	該当ページ	代替項目
生化学検査	05310	HbA1c(JDS)《酵素法》	P6	[03000]HbA1c(NGSP)《酵素法》
内分泌学検査	25418	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact PINP)	P38	Total P1NP ※平成26年2月より検査受託開始予定
免疫血清学検査	00217	トキソプラズマ抗体《PHA》	P74	
	00486	トキソプラズマ抗体-IgG《FAT》	P74	[25926]トキソプラズマ抗体IgG《EIA》
	00487	トキソプラズマ抗体-IgM《FAT》	P74	[25929]トキソプラズマ抗体IgM《EIA》
微生物学検査	04427	黄色ブドウ球菌 培養・同定	P135	[35026]MRSA簡易スクリーニング(スワブ) [35027]MRSA簡易スクリーニング(スタンプ)
その他検査	05311	HbA1c(JDS)《HPLC》	P169	[03001]HbA1c(NGSP)《HPLC》
研究検査	02554	ピリジノリン(Pyr)分画	P172	

*検査中止項目の最終受付日は平成26年3月31日(月)です。