

↓ 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。

平素より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（2015年度版）」発行後、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、ご案内致します。

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

### 対象発行物

- 総合検査案内(2015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

入力コード 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
----------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	---------	------------	----------	-----	----------------------------

免疫血清学検査

26595 5G122	抗MDA5抗体	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	EIA	陰性(-) インデックス値 32未満	-	3 ~ 9		
----------------	---------	---------------------	----	---	-----	-----------------------	---	-------------	--	--

遺伝子関連検査

45425 8C125	Major BCR-ABL IS *1,2,3,4	EDTA加血液 7	89	冷	リアルタイム RT-PCR法	検出せず	2520 血液	3 ~ 6	WHO国際標準品で補正された「BCR-ABL IS」をご報告致します。 脚注参照*5	
----------------	------------------------------	-----------	----	---	-------------------	------	------------	-------------	---	--

- \*1: ご依頼に際しては、『遺伝子検査依頼書』をご利用下さい。
- \*2: Major BCR-ABL (標的遺伝子)mRNA実測値は、小数点以下2桁までご報告致します。但し、実測値が1,000コピー以上の場合には整数報告と致します。
- \*3: ABL (コントロール遺伝子)mRNA実測値は、整数報告と致します。
- \*4: 実測値の報告単位はコピー/アッセイとなります。
- \*5: 受付曜日: 月~金曜日(休祝日とその前日は不可)  
検体は単独検体としてご提出下さい。検体採取後は、24時間以内に当社中央総合ラボラトリーまで搬入されるようお願い致します。

45416 8C059	c-kit遺伝子変異解析 (GIST) *6	組織3mm角*7 または 未染スライド*7 10枚(5μm厚) または パラフィン切片*7 10枚(5μm厚)	27 凍 -70℃ 以下	常	ダイレクト シーケンシング法	2500	11 ~ 17 尿便	Exon 8,9,11,13,14,17および 18のアミノ酸置換を伴う遺伝子変 異を検出します。		
		27 凍 -70℃ 以下	30 常							Exon 13,14,17および18のアミ ノ酸置換を伴う遺伝子変異を検出 します。
		27 凍 -70℃ 以下	30 常							Exon 12,14および18のアミノ酸 置換を伴う遺伝子変異を検出しま す。
45415 8C059	c-kit二次耐性変異解析 (GIST) *6	組織2mm角*7 または 未染スライド*7 5枚(5μm厚) または パラフィン切片*7 5枚(5μm厚)	27 凍 -70℃ 以下	30 常		1 2				
45419	PDGFRα遺伝子変異解析 (GIST) *6	組織2mm角*7 または 未染スライド*7 5枚(5μm厚) または パラフィン切片*7 5枚(5μm厚)	27 凍 -70℃ 以下	30 常						

- \*6: ご依頼に際しては、『遺伝子検査依頼書』をご利用下さい。
- \*7: 本検査は腫瘍細胞含有率50%以上の検体が必要です。  
腫瘍含有率が50%未満の場合、病理組織診断で腫瘍組織が認められた部位をマーキングしたHE標本を未染スライドまたはパラフィン切片に併せてご提出下さい。  
ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)後12ヶ月以内、未染スライド作製後6ヶ月以内に検体をご提出下さい。

- 1: 消化管間葉系腫瘍の詳細な診断および治療法の選択を目的として患者本人に対して行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できます。算定に当たっては、その目的、結果および選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。
- 2: 「悪性腫瘍遺伝子検査」、「造血管腫瘍遺伝子検査」または「免疫関連遺伝子再構成」のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定できます。

45398 8C240	RAS遺伝子変異解析 *8,9,10,11	パラフィン切片 5枚(5~10μm厚) または 未染スライド 5枚(5~10μm厚)	27 常	30 常	PCR-rSSO法	2500 尿便	4 ~ 7 3 4	KRAS遺伝子とNRAS遺伝子の codon 12,13,59,61,117および 146のアミノ酸置換を伴う遺伝 子変異を検出し、変異の有無と変 異型をご報告致します。	
----------------	--------------------------	--	---------	---------	-----------	------------	-----------------------	---	--

- \*8: ご依頼に際しては、『遺伝子検査依頼書』をご利用下さい。
- \*9: HE染色を行い腫瘍細胞が含まれていることが確認できた切片との連続切片(未染スライド)をご提出下さい。
- \*10: 腫瘍細胞の比率が少ない場合、より多い検体を選びご提出下さい。
- \*11: 長期間ホルマリン固定した組織や、ホルマリン固定前に室温放置が長い検体は、DNAが断片化しているために解析不能となる場合があります。

- 3: 大腸癌の診断および治療法の選択を目的として患者本人に行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できます。算定に当たっては、その目的、結果および選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。
- 4: 「悪性腫瘍遺伝子検査」、「造血管腫瘍遺伝子検査」または「免疫関連遺伝子再構成」のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定できます。

入力コード 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
45430 8C554	EWS-Fli1 キメラmRNA遺伝子解析 (ユーイング肉腫) *12	新鮮組織*13 50mg(4mm角)	43	冷	RT-PCR法		2100	8 ↓ 14		
45431 8C557	TLS-CHOP キメラmRNA遺伝子解析 (脂肪肉腫) *12						尿便			
45432 8C560	SYT-SSX キメラmRNA遺伝子解析 (滑膜肉腫) *12						5 6			

\*12: ご依頼に際しては、「遺伝子検査依頼書」をご利用下さい。

\*13: 腫瘍組織を採取後、速やかにRNA安定化剤入り組織保存容器(容器番号: 43)に移し、冷蔵保存でご提出下さい。

5: 悪性骨軟部腫瘍の詳細な診断および治療法の選択を目的として患者本人に行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できます。算定に当たっては、その目的、結果および選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。

6: 「悪性腫瘍遺伝子検査」、「造血器腫瘍遺伝子検査」または「免疫関連遺伝子再構成」のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定できます。

# 検査内容変更項目

## 検査内容変更項目

赤字部分が総合検査案内2015(A4版)発行以降に変更した内容です。

入力コード 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) または 有効治療濃度	実施料 判断料	所要 日数	備 考	検 体の 安 定 性	該 頁 ヘ ジ
----------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	--------------------------	------------	----------	-----	------------------------	------------------

### 生化学検査

15070 2C105	チミジンキナーゼ活性 (TK)	血液 ↓ 血清 2 0.4	01	冷	CLIA	7.5 以下	U/L 233 血液	2 ~ 5		2 週	P 4	
26560 3G025	ビタミンB <sub>1</sub> (サイアミン)	EDTA加血液	1	84	凍 藏	LC-MS/MS	2.6~5.8	μg/dL 262 生I	3 ~ 4	ガラス管の場合は、プラスチック容器に移してから凍結して下さい。	20 日	P 9
01637 3I025	尿中銅	尿	5	59	冷	原子吸光法	18 以下	μg/L 23 生I	3 ~ 6	必ず指定容器使用	4 週	P 11

### 薬毒物検査

25787 3M815	エベロリムス	EDTA加血液	1	07	冷	LA (ラテックス凝集比濁法)	ng/mL [470] *1	2 ~ 3	主な商品名： サーティカン アフィニートール 脚注参照*2	7 日	P 29
----------------	--------	---------	---	----	---	--------------------	----------------------	-------------	--	--------	---------

\*1：免疫抑制剤としてシクロスポリンと併用した場合のTrough 3~8

抗悪性腫瘍剤として使用した場合のTrough 5~15

\*2：ヘパリン加血液は不可。

### 内分泌学検査

26580 4Z010	血漿レニン活性 (PRA)	血液 ↓ 血漿 2 0.6	14 ↓ 02	凍	EIA	0.2~2.3 (臥位) 0.2~3.9 (座位) 0.2~4.1 (立位)	ng/mL/hr 105 生II	3 ~ 4	必ず血漿分離の上ご提出下さい。 脚注参照*3	4 週	P 40
26561 5G340	抗GAD抗体	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	冷	EIA	5.0 未満	U/mL 136 生II	2 ~ 4			P 43

\*3：採血時刻、安静度、体位によって測定値に差が出ますので、早朝空腹時30分間安静後の採血をお勧め致します。  
(臥位は30分以上横になった状態での採血をお勧め致します)

### 腫瘍関連検査

26551 5D320	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	血液 ↓ 血清 2 0.4	01	冷	CLIA	75 未満	U/L 112 生II	2 ~ 3	本検査項目は唾液による汚染のため、高値異常を示す場合のあることが確認されています。ご提出の際、検体の取り扱いには十分ご注意ください。	12 週	P 48
01646 5D520	PIVKA-II 《CLEIA》	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	冷	CLEIA	40 未満	mAU/mL 150 生II	2 ~ 3	クエン酸血漿も検査可。	4 週	P 48
26547 5D125	BCA225	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	冷	CLEIA	160.0 未満	U/mL 165 生II	2 ~ 3		3 週	P 48

### ウイルス学検査

26366 5F399	インフルエンザ 《HI法》	血液 ↓ 血清 ↓ 髄液 2 0.4 0.9	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
26404 5F363	HCV薬剤耐性変異解析 (NS5A)	血液 ↓ 血清 2 0.5	62	凍 -20℃ 以下	RT-PCR/ ダイレクトシーケンス		—	8 ~ 11	必ず指定容器使用 脚注参照*6,7		P 62
05452 5F500	HIV-ジェノタイプ 薬剤耐性検査	判定可能薬剤は、 AZT,d4I,3TC/FTC,d4T,ABC,TDF,NVP,EFV,ETR,RPV,IDV,SQV,NFV,FPV,LPV,ATV,DRV,RAL, EVG,DTG									P 72

\*4：2015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/スイス/9715293/2013 (H3N2)

B型：B/プーケット/3073/2013 (山形系統)、B/テキサス/2/2013 (ビクトリア系統)

\*5：L31、Q54およびY93それぞれにおいて検出したアミノ酸をご報告いたします。Q54単独変異 (L31,Y93の変異を伴わない) では、耐性に関与しないことが報告されています。(C型肝炎治療ガイドライン第3.3版より)

\*6：検査に必要なウイルス量が十分 (3.0 Log IU/mL以上) 存在し、ウイルスの遺伝子型 (Genotype) が1b型であることをご確認の上、検体をご提出下さい。

\*7：必ず遺伝子検査の専用検体としてご提出下さい。(同一検体で遺伝子検査以外の項目との重複依頼は避けて下さい)

入力コード 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
----------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	---------	------------	------------------	-----	----------------------------	-----------------------

免疫血清学検査／細胞性免疫検査

26581 5E156	トキソプラズマ 抗体 (CLEIA)	IgG	血液	各1	01	冷	CLEIA	IU/mL	陰性(-) 7.5 未満	93 免疫	2 3	判定基準については別表1参照。	1 週	P 74, 97
26584 5E157			IgM	血清					各0.3	陰性(-) (S/CO)0.8 未満				
02954 5E148	アスペルギルス抗原	血液		3	01	凍	EIA		陰性(-)	165 免疫	2 4	ビペラシリン/タソバクタム合 剤投与患者では陽性となる場合 があります。	5 週	P 76
		血清	0.7											
03928 5G525	血小板表面IgG (PA-IgG)		保存液加血液	7	52	冷	EIA	ng/10 <sup>7</sup> cells	30.2 以下	204 免疫	2 3	受付曜日：月～金曜日、土曜日 受付不可 脚注参照*8,9		P 87, 101

\* 8：血小板数が1~3万/μLの場合は、2倍量の血液をご提出下さい(専用採血管2本使用)。1万/μL以下の場合は当社担当者までお問い合わせ下さい。  
\* 9：検体採取後、24時間以内に当社検査室に搬入されるようお願い致します。

1 「トキソプラズマ抗体」判定基準

【トキソプラズマ抗体 IgG】

判 定	抗体価新 (IU/mL)
陰性(-)	7.5 未満
判定保留(±)	7.5~10.4
陽性(+)	10.5 以上

【トキソプラズマ抗体 IgM】

判 定	S/CO
陰性(-)	0.8 未満
判定保留(±)	0.8~0.9
陽性(+)	1.0 以上

容 器 一 覧

容器番号	37	レズンボトル
新		
 <p>(好気用) (嫌気用)</p>		
容 量	各30mL	
保管方法	常温	
有効期間	容器表示	

容器番号	46	YM式喀痰
新		
 <p>(容量：50mL)</p>		
添 加 剤	保存液	
保管方法	常温/遮光	
有効期間	1年	

※プラスチック製で、ガラス製の現行容器と比較して破損に強く、軽量化されています。

容器番号	90	癌胎児性フィブロネクチン用容器
新		
		
添 加 剤	抽出液	
保管方法	常温	
有効期間	外袋表示	

\*体外診断用医薬品

※濾過フィルターの外観が白色から水色に変更になりました

# 検査中止項目

## 検査中止項目

分野	最終受付日	入力コード	検査項目	該当ページ	代替項目
内分泌学検査	平成27年12月29日(火)	03369	アンジオテンシンI	P41	
内分泌学検査	平成28年 1月14日(木)	03619	VIP	P44	
遺伝子関連検査	平成27年 9月30日(水)	09535	major <i>bcr/abl</i> キメラ mRNA定量(Amp-CML)	P117	[45425] Major BCR-ABL IS
遺伝子関連検査	平成27年 5月30日(土)	25500	KRAS遺伝子変異解析	P119	[45398] RAS遺伝子変異解析
海外委託検査	平成27年10月10日(土)	07142	イソニアジド	P178	
海外委託検査	平成27年 6月19日(金)	07977	カフェイン	P178	
海外委託検査	平成27年 8月10日(月)	07959	臭化物	P178	



