

↓ 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（2016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(2016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) または 有効治療濃度	実施料 判断料	所要 日数	備 考 または 主な商品名	検 体 の 安 定 性
----------------	------	---------------------------	--------	----------	------	---------------------------	------------	----------	---------------------	----------------------------

生化学検査

26817 3G065	25-OHビタミンD (Total)	血液 2 ↓ 血清 0.5	01	凍	CLIA	ng/mL 400 *1 生 I		2 ~ 8		
----------------	--------------------	---------------------	----	---	------	---------------------------	--	-------------	--	--

*1: 日本小児内分泌学会の「ビタミンD欠乏性くる病・低カルシウム血症の診断の手引き」には、診断基準（血清25OHD低値）として下記が記載されています。

- ・ 20 ng/mL 以下
- ・ 15 ng/mL 以下 であればより確実

1: ビタミンD欠乏性くる病もしくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時またはそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できます。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定できます。

薬毒物検査 抗てんかん剤

26652 3L245	ペランパネル	血液 1 ↓ EDTA血漿 0.3	14 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL [470]		3 ~ 5	フィコンパ 脚注参照*2	
26735 3L248	ラコサミド	血液 1 ↓ EDTA血漿 0.3	14 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]		3 ~ 5	ビムバット 脚注参照*2	

[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。

*2: 血清での受託も可能ですが、分離剤入り採血管を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。

薬毒物検査 催眠剤・抗不安剤

26779	ニメタゼパム	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6		
26780 3L110	ブロマゼパム	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6	セニラン レキシソタン	
26781 3L487	トリアゾラム	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6	ハルシオン	
26782	エチゾラム	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6	デバス	
26807 3L466	バルビツール酸 スクリーニング	<血清> 血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	検出せず	-	6 ~ 11	スクリーニング対象薬物については別表 11 参照。	
26812 3L466		<尿> 尿 1	25							
26889	ゾルピデム	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6	マイスリー	
26890	ゾピクロン	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL -		4 ~ 6	アモバン ルネスタ	

[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。

1 バルビツール酸スクリーニング検査対象薬物

一般名	主な商品名	報告下限値*
フェノバルビタール	フェノバル、フェノバルビタール、ワコビタール	0.3 μg/mL
アモバルビタール	イソミタール	0.3 μg/mL
ペントバルビタール	ラボナ	0.3 μg/mL
セコバルビタール	アイオナール	0.3 μg/mL

*下限値未満は「検出せず」で報告致します。

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) または 有効治療濃度	実施料 判断料	所要 日数	備 考 または 主な商品名	検 体 の 安 定 性
----------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	--------------------------	------------	----------	---------------------	----------------------------

薬毒物検査 鎮痛剤

26783 3L700	モルヒネ	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL	-	5 ↓ 11	オプソ パシーフ	
26787	オキシコドン	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL	-	5 ↓ 11	オキシコンチン オキノーム オキファスト	
26788	フェンタニル	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL	-	5 ↓ 11	アブストラル イーフェンバックル	
26789 3M005	コデイン	血液 1 ↓ 血清 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL	-	5 ↓ 11		

[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。
*3: モルヒネおよび代謝物であるモルヒネ-3-グルクロニド (M3G)、モルヒネ-6-グルクロニド (M6G) の各定量値をご報告します。

免疫血清学検査

26892 5G123	抗Mi-2抗体	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	EIA	陰性(-) インデックス値 53 未満	270 免疫	2 ↓ 8		
26895 5G124	抗TIF1-γ抗体	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	EIA	陰性(-) インデックス値 32 未満	270 免疫	2 ↓ 8		

2: 厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において測定した場合に算定できます。

遺伝子関連検査 白血病関連遺伝子

45564	FLT3-ITD変異解析	EDTA加血液 3 または 骨髄液 1	13 ↓ 22	冷	PCR法		-	4 ↓ 10		
-------	--------------	---------------------------	---------------	---	------	--	---	--------------	--	--

*4: ご依頼に際しては、『遺伝子検査依頼書』をご利用下さい。
*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。

遺伝子関連検査 癌関連遺伝子

45561 8C155	ダブルフェニブ BRAF遺伝子変異解析	未染スライド 4~5枚(5μm厚) または パラフィン切片 4~5枚(5μm厚)	30 ↓ 27	常	リアルタイム PCR法		6520 尿便	4 ↓ 10	BRAF V600EおよびV600Kの 変異を検出します。	
----------------	------------------------	--	---------------	---	----------------	--	------------	--------------	----------------------------------	--

*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80%以上が必要です。
病理組織診断にて腫瘍が認められた部位をマーキングした染色スライドを併せてご提出下さい。
ホルマリン固定検体では、固定条件によってDNAが断片化しているために解析不能場合があります。
壊死組織、脂肪組織、出血性組織およびメラニンを多く含む非腫瘍性組織は避けて下さい。
*8: 強酸による脱灰操作をした検体はご提出いただけません。
3: 悪性黒色腫の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。

染色体検査

45585	CCND1 (11q13転座解析)					1.8 以下	%	2712 +397	5 ↓ 7	血液
45586	MECOM/RPN1 (3番逆位解析)	ヘパリン加血液 各3 または 骨髄液 各0.5	10 ↓ 22	冷	FISH法	1.3 以下	%			
45587 8B386	FGFR1 (8p12転座解析)					1.5 以下	%			

[ご注意] ご提出検体は冷常温(4~20℃)で保存して下さい。
受付曜日: 月～金曜日(休祝日は不可)
ご依頼に際しては、『染色体検査依頼書』をご利用下さい。

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2016(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 当 ペ ージ
26719 5C210	KL-6	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	冷	CLEIA	500 未満 U/mL	120 生 I	2 3		4 週	
01576 3E030	クエン酸	<血清> 血液 ↓ 血清 5 1.5	01	凍	酵素法	1.3~2.6 mg/dL	-	2 8		3 週	P 7
01577 3E030		<尿> 尿 0.5	25	冷		138~1,010 mg/L					
06550 3F140	リポ蛋白分画《PAGE》 *1	血液 ↓ 血清 2 0.5	01	冷 凍結 不可	ポリアクリルアミ ドゲル・ディスク 電気泳動法	% 『総合検査案内2016』 18頁-7参照	80 生 I	5 8	血清・血漿以外は検査不可。 カイロミクロンは測定できませ ん。 ※21		P 8
01563 3G030	ビタミンB ₂ (リボフラビン)	EDTA加血液 1	84	凍 遮	HPLC	12.8~27.6 μg/dL	263 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

*1: 旧名称は「リポ蛋白分画精密測定」です。

薬毒物検査

25415 3L220	ラモトリギン	血液 ↓ 血清 1 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]		3 4			P 25
26762	ベンゾジアゼピン スクリーニング	血液 ↓ 血清 3 1	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	検出せず ng/mL	-	4 6	スクリーニング検査対象薬物を 変更致しました。 別表 11 参照。	4 週	
01600 3L765	ジゴキシシン	血液 ↓ 血清 2 0.4	03 ↓ 02	冷	EIA	0.5~1.5 ng/mL	[470]	2 3		4 週	P 27
06515 3M698	ポリコナゾール	血液 ↓ 血清 1 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]		3 5			P 28
00369 3L005	アセトアミノフェン	血液 ↓ 血清 1 0.3	03 ↓ 02	冷	HEIA	μg/mL 中毒域 4時間後 200 以上 12時間後 50 以上	190 生 I	2 3		4 週	
25787 3M815	エベロリムス *2	EDTA加血液 1	07	冷	ECLIA	ng/mL 免疫抑制剤としてシクロ スボ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	[470]	2 3	ヘパリン加血液は不可。	7 日	P 29

*2: シロリムス投与歴がある患者検体は検査不可。

内分泌学検査

26734 4Z282	低カルボキシリ化 オステオカルシン (ucOC)	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	凍	ECLIA	4.50 未満 ng/mL	167 生 II	3 5	溶血検体では測定値が低下傾向 となる場合があります。 ※37 EMCL AMIラボ		P 38
----------------	--------------------------------	---------------------------	----	---	-------	---------------	-------------	--------	---	--	---------

腫瘍関連検査

01192 5D120	CA15-3	血液 ↓ 血清 2 0.4	01	冷	CLIA	31.3 以下 U/mL	124 生 II	2 3		12 週	P 48
26718 5J095	可溶性インターロイキン- 2レセプター (sIL-2R)	血液 ↓ 血清 1 0.3	01	冷	CLEIA	121~613 U/mL	451 生 II	2 3		14 日	P 50

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 ヘ ー ジ
----------------	------	---------------------------	--------	------------------	------	---------	------------	------------------	-----	----------------------------	-----------------------

ウイルス学検査

26366 5F399	インフルエンザ 《HI法》	血液 ↓ 血清 または 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
30318 5F450	HTLV-I抗体 (ATLA抗体) 《スクリーニング》	血液 ↓ 血清	2 0.5	01	冷	CLIA	陰性(-) S/CO 1.00 未満	177 免疫	2 3	抗HTLV-I 抗体およびII 抗体の検出が可能です (型別の報告はできません)。	4 週	P 63

*3: 2016年11月現在の測定株は次の通りです。

A/カリフォルニア/7/2009 (H1N1) pdm09、A/香港/4801/2014 (H3N2)

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

*4: 検査要項 (方法) を変更したのは [04224] CLEIA法です。[25920] PA法は変更ありません。

免疫血清学検査

26362 5C141	M2BPGi (Mac-2結合蛋白 糖鎖修飾異性体)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	CLEIA	陰性(-) (C.O.I) 1.00 未満	200 生 I	2 3	陰性(-) 1.00 未満 陽性(1+) 1.00~2.99 陽性(2+) 3.00 以上	4 週	P 79
26654 5C100	尿中L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)	尿	1	25	冷	CLEIA	8.4 以下 μg/g・Cr	210 尿便	3 4			
05007 5J228	TARC	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	CLEIA	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	194 免疫	2 3	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 80
26126 3F250	肺サーファクタント プロテインA (SP-A)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	CLEIA	43.8 未満 ng/mL	130 生 I	2 4		4 週	
26733 5G166	抗ガラクトース欠損 IgG抗体 (CA・RF)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	凍	ECLIA	6.0 未満 AU/mL	120 免疫	3 5	*37 EMCL AMIラポ	4 週	P 83
26595 5G122	抗MDA5抗体 (抗CADM-140抗体)	血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	EIA	陰性(-) インデックス値 32未満	270 免疫	2 8		4 週	P 85

*5: クレアチニン補正值 (μg/g・Cr) および濃度 (ng/mL) をご報告致します。濃度が0.50ng/mL未満の場合は、0.50ng/mLを用いてクレアチニン補正し、未満を付記してご報告致します。

その他 / 研究検査

05719 4Z401	アディポネクチン	血液 ↓ 血清	2 0.4	01	凍	LA (ラテックス凝集 比濁法)	4.0 以上 μg/mL	-	2 5	EDTA血漿も検査可。		P 174
05252 5J062	インターロイキン-1β (IL-1β)	血液 ↓ EDTA血漿	1 0.3	14 02	凍	EIA	0.928 以下 pg/mL	-		必ず血漿分離の上ご提出下さい。 血清、細胞培養上清も検査可。		P 175

検査内容変更項目

1 ベンゾジアゼピンスクリーニング検査対象薬物

一般名	主な商品名	報告下限値
クロナゼパム	ランドセン, リボトリール	2.0 ng/mL
ニトラゼパム	ベンザリン, ネルボン	3.0 ng/mL
ジアゼパム	セルシン, ホリゾン, ジアボックス, セレナミン	10.0 ng/mL
デスメチルジアゼパム	(ジアゼパム代謝物)	10.0 ng/mL
クロバザム	マイスタン	20.0 ng/mL
デスメチルクロバザム	(クロバザム代謝物)	50.0 ng/mL
クロチアゼパム	リーゼ	50.0 ng/mL
フルニトラゼパム	サイレース, ロヒプノール	10.0 ng/mL
ミダゾラム	ドルミカム, ミダゾラム	10.0 ng/mL
エスタゾラム	ユーロジン, エスタゾラム	50.0 ng/mL
アルプラゾラム	コンスタン, ソラナックス	40.0 ng/mL
プロチゾラム	グッドミン, レンドルミン	20.0 ng/mL
ニメタゼパム	-	10.0 ng/mL
プロマゼパム	セニラン, レキソタン	10.0 ng/mL
トリアゾラム	ハルシオン	10.0 ng/mL
エチゾラム	デパス	10.0 ng/mL

※下限値未満は「検出せず」で報告致します。

容 器 一 覧

容器番号	05	アンモニア用容器
新		
		
採取量	1mL	
添加剤	除蛋白液 4 mL	
管 種	滅菌済み真空タイプ	
保管方法	室温	
有効期間	1年 (包装開封後: 1 カ月)	

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
生化学検査	平成28年 9月30日(金)	00114	総酸性フォスファターゼ(ACP)	P3	
薬毒物検査	平成28年 9月30日(金)	07785	メダゼパム	P25	
		04587	フルトプラゼパム		
		04588	フルラゼパム		
内分泌学検査	平成28年 9月30日(金)	00968	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG) <血漿・髄液>	P40	
		01129	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG) <尿>		
免疫血清学検査	平成28年12月29日(木)	02399	特異的IgE ハトのふん	P93	
研究検査	平成28年 9月30日(金)	05450	インターロイキン-5(IL-5)	P175	
		05442	インターロイキン-13(IL-13)		
		05068	インターロイキン-1レセプター・アンタゴニスト(IL-1ra)	P176	
		02712	顆粒球・マクロファージコロニー刺激因子(GM-CSF)		

