

↓ 当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<https://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(2018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(2018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 ビタミンおよび内分泌学検査 副甲状腺

27425 3G065	25-OHビタミンD (Total) [骨粗鬆症]	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	ECLIA	ng/mL ビタミンD欠乏: 20.0 未満 ビタミンD不足: 20.0~29.9	117 生 I 1 2	2 4		
----------------	------------------------------	---------------------	----	---	-------	---	-------------------	--------	--	--

1: 原発性骨粗鬆症の患者に対して測定した場合にのみ算定できます。ただし、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回に限り算定できます。
2: 本検査を行う場合には、関連学会が定める実施方針を遵守して下さい。

ウイルス学検査 ウイルス核酸の検出

27299 5F194	尿中CMV核酸同定 (新生児尿)	尿*1 0.2	55	凍	等温核酸増幅法	検出せず	850 微生 3 4	3 9		
27317	感染性ぶどう膜炎 マルチスクリーニング	眼内液*2 75μL	87	凍	マルチプレックス リアルタイムPCR法	検出せず	—	2 4	必ず指定容器使用 必ず専用検体としてご提出下さい。	

*1: 生後3週間以内の新生児尿を採取して下さい。
反応阻害因子の影響をできる限り避けるため、採尿は便の混入に注意して行って下さい。(必ず専用検体としてご提出下さい。)
*2: 眼内液: 前房水または硝子体液。
3: 先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、尿を検体として測定した場合に、1回に限り算定できます。
4: 先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、「CMV抗体(CF法)」もしくは「CMV抗体IgG,IgM(EIA)」または「[D012 39] サイトメガロウイルス抗体」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定できます。

免疫血清学検査 蛋白および免疫グロブリン

30337 5C240	オートタキシン (ATX)	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	FEIA	別表 1 参照 mg/L	194 生 I 5 6	2 4		
30339 5A100	特異的IgE: Jug r 1 (クルミ由来)	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	FEIA	0.35 未満 U _A /mL	110 免疫	2 3		12週
30340 5A100	特異的IgE: Ana o 3 (カシューナッツ由来)	血液 1 ↓ 血清 0.3	01	冷	FEIA	0.35 未満 U _A /mL	110 免疫	2 3		12週

5: 慢性肝炎または肝硬変の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定できます。
6: 「P-Ⅲ-P」、「Ⅳ型コラーゲン」、「Ⅳ型コラーゲン・7S」、「ヒアルロン酸」または「M2BPGi」を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定できます。

遺伝子関連検査 白血病関連遺伝子

45634 8C565	NPM1遺伝子変異解析	EDTA加血液 3 または 骨髄液 1	13 22	冷	リアルタイム PCR法	検出せず	—	4 10	「遺伝子検査依頼書」をご利用下さい。 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。	
45661 8C071	AML FLT3変異解析 (ギルテリチニブ) *3	ヘパリン加血液 9 または 骨髄液 1	10 22	冷	PCR法・キャピラリー 電気泳動法	検出せず	4200 血液 7 8	7 11		

*3: ギルテリチニブのAML患者への適応判定の補助に用います。
7: 再発または難治性の急性骨髄性白血病(急性前骨髄性白血病を除く)の骨髄液または末梢血を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、FLT3遺伝子のITD変異またはTKD変異の評価を行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できます。
8: 「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には、主たるもののみ算定できます。

遺伝子関連検査 その他造血器腫瘍

45614 8C491	JAK2遺伝子V617F変異 相対定量解析	EDTA加血液 3 または 骨髄液 1	13 22	冷	リアルタイム PCR法	検出せず	—	4 10	「遺伝子検査依頼書」をご利用下さい。 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。	
45638 8C492	MPL遺伝子W515L/K 変異解析	EDTA加血液 3 または 骨髄液 1	13 22	冷	リアルタイム PCR法	検出せず	—	4 10		
45641 8C493	CALR遺伝子変異解析	EDTA加血液 3 または 骨髄液 1	13 22	冷	リアルタイム PCR法	検出せず	—	4 10		

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
----------------	---------	----------------------	-----	-----------	---------	---------	------------	----------	-----

遺伝子関連検査 癌関連遺伝子

45617 8C241	RAS-BRAF 遺伝子変異解析	未染スライド 5枚(5~10μm厚) または パラフィン切片 5枚(5~10μm厚)	30 27	常	PCR-rSSO法	変異陰性	※ 尿便 9 10	4 7	「遺伝子検査依頼書」をご利用下さい。 脚注参照*4,5,6
----------------	---------------------	--	----------	---	-----------	------	-----------------	--------	----------------------------------

*4：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。

*5：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。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。

*6：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の断片化が著しく、解析不能となる場合があります。

9：※切除不能な進行・再発の大腸癌患者における治療方針の決定として、4,000点を算定出来ます(RAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査の2項目包括点数として)。

10：※早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的に本検査を実施した場合は、BRAF遺伝子検査として2,100点のみ算定できます。RAS遺伝子検査の所定点数を併せて算定することはできません。また、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載下さい。

別表② 参照 8C986	マイクロサテライト 不安定性検査 (固形癌：ペムプロリズマブ) *7	未染スライド 5枚(5~10μm厚)	30	常	マルチプレックスPCR -フラグメント解析法		2100 尿便 11	8 12	「マイクロサテライト不安定性(MSI) 検査依頼書」または「遺伝子検査依頼書」 をご利用下さい。 脚注参照*8,9,10
--------------------	---	-----------------------	----	---	---------------------------	--	------------------	---------	---

*7：ペムプロリズマブ(キイトルーダ®)の局所進行性または転移性のがん患者への適応判定の補助に用います。

*8：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。

*9：未染スライドと併せて、HE染色スライドに癌細胞が集積する部位をマークしてご提出下さい。その際、癌部位に加えて正常組織も明確に区別できるようご配慮願います。

*10：癌部位のみで判定できない場合、正常組織またはEDTA加血液の追加提出をお願いすることがあります(費用は別途ご請求)。

※再提出時は「マイクロサテライト不安定性(MSI)検査依頼書」をご使用下さい。

11：家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、または局所進行もしくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できます。

1 「オートタキシン(ATX)」判定基準 (カットオフ値)

	①線維化進展例 (mg/L)	②肝硬変 (mg/L)
M	0.910	1.690
F	1.270	2.120

①線維化進展例はC型肝炎治療ガイドライン(第5.4版)の「肝線維化F2以上」に相当します。

①より高い検体は、肝線維化進展例と判定します。

②より高い検体は、肝硬変と判定します。

判定上の留意事項：

- ・妊婦では週数が進むに従いATX濃度が高値となることが確認されているため、妊婦検体の測定には適しません。
- ・悪性リンパ腫患者、進行した悪性腫瘍患者では、ATX濃度が高値となることが確認されています。また、重度の心不全患者でも高値を示す場合があります。
- ・副腎皮質ステロイドを服用している人ではATX濃度が低値を示す場合があります。
- ・肝炎ウイルスを原因としない慢性肝疾患においては、肝線維化ステージとATX濃度の関係がウイルス性肝疾患と異なる場合があります。

2 「マイクロサテライト不安定性検査(固形癌：ペムプロリズマブ)」の項目コードおよび検査項目名称一覧

項目コード	検査項目名	項目コード	検査項目名
45645	MSI 結腸・直腸癌	45652	MSI 腎癌
45646	MSI 胃癌	45653	MSI 卵巣癌
45647	MSI 脾臓癌	45654	MSI 子宮頸癌
45648	MSI 前立腺癌	45655	MSI 子宮内膜癌
45649	MSI 乳癌	45656	MSI 小細胞肺癌
45650	MSI 食道癌	45657	MSI その他癌
45651	MSI 胆管癌		

容 器 一 覧

容器番号	87	感染性ぶどう膜炎マルチ検査用容器
		
添 加 剤	-	
保管方法	常温	
有効期間	容器表示	

検査内容変更項目

赤字部分が総合検査案内2018 (A4 版) 発行以降に変更した内容です。

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	該当 ページ
---------------	------	---------------------------	--------	----------	------	---------	------------	----------	-----	------------	-----------

生化学検査

26312 3C070	総ホモシステイン	血液 ↓ EDTA血漿	1 0.3	14 ↓ 02	冷	LC-MS/MS	nmol/mL 5 ~ 15	295 生 II	3 ↓ 4	ヘパリン血漿、血清も検査可。		P 6
01640 3I030	亜鉛 (Zn)	血液 ↓ 血清	2 0.5	68 *1	冷	原子吸光法	μg/dL 80 ~ 130 *2	144 生 I	2 ↓ 3	必ず指定容器使用 脚注参照*3	18 日	P 11
04020 3K040	マンデル酸 (ST)	尿	1	25	冷	LC-MS	g/L	—	4 ↓ 9 *4	分布は総合検査案内2018 17頁-1参照 脚注参照*5,6	4 週	P 15
25875 3K041	マンデル酸 (EB)											

*1：68番容器に採血して遠心分離後、別の容器に分注せず、68番容器のままご提出下さい。
*2：日本臨床栄養学会「亜鉛欠乏症の診療指針2018」亜鉛欠乏症診断基準に則った基準値です。
*3：基準値は朝食前の採血により得られたデータです。食物の摂取により血中濃度が低下しますので、朝食前の午前中に採血して下さい。
*4：繁忙期(4～6月、10～12月)の数日を除いて概ね4～5日で報告致します。
*5：[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。
*6：[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、25番容器で尿6mLをご提出下さい。

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	有効治療濃度 (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
---------------	------	---------------------------	--------	----------	------	----------------	------------	----------	-----	------------	-----------

薬毒物検査

03655 3L215	ガバペンチン	血液 ↓ 血清*7	1 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]	3 ↓ 5				P 28
03918 3L145	クロバザム	血液 ↓ 血清	2 0.5	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL [470]	3 ↓ 4	脚注参照*8			
25416 3L225	トピラマート	血液 ↓ 血清*7	1 0.3	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]	3 ↓ 4				
26652 3L245	ペランパネル	血液 ↓ EDTA血漿	1 0.3	14 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL [470]	3 ↓ 4	脚注参照*9	1ヶ月		P 29
26735 3L248	ラコサミド	血液 ↓ EDTA血漿	1 0.3	14 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]	3 ↓ 4	脚注参照*9	28 日		
04896 3L897	プロパフェノン	血液 ↓ ヘパリン血漿	2 0.5	10 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL 50 ~ 1500 [470]	3 ↓ 5	脚注参照*10			P 31
05717 3L898	シベンゾリン	血液 ↓ ヘパリン血漿	2 0.5	10 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL 70 ~ 250 朝投与前 (トラフ濃度) [470]	3 ↓ 4				P 32
05309 3L905	フレカイニド	血液 ↓ 血清	2 0.5	03 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	ng/mL 200 ~ 1000 [470]	3 ↓ 5				
25716 3M816	ミコフェノール酸	血液 ↓ EDTA血漿	1 0.3	14 ↓ 02	凍	LC-MS/MS	μg/mL [470]	3 ↓ 4	脚注参照*9			P 34
27365	農薬 スクリーニング	〈血液〉	ヘパリン加血液	4	10	凍	LC-MS/MS (基準値) 検出せず	—	7 ↓ 12	検出された場合、定量値を ご報告致します。 別表 [1] 参照		P 35
27388		〈尿〉	尿	4	25							

*7：EDTA血漿での受託も可能です。
*8：クロバザムおよび活性代謝物であるデスメチルクロバザムの各定量値をご報告します。
*9：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。
*10：プロパフェノンおよび主代謝物である5-OHプロパフェノンの各定量値をご報告します。有効治療濃度はプロパフェノンと5-OHプロパフェノンとの総量値です。
*11：ミコフェノール酸(MPA)はミコフェノール酸モフェチルの活性代謝物です。

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)	実施料 判断料	所要 日数	備考	検体の 安定性	該当ページ
----------------	------	---------------------------	----	------	------	---------	------------	----------	----	------------	-------

内分泌学検査

27328 4E016	カテコール アミン3分画	〈尿〉	酸性畜尿 各 1	25	冷	HPLC	μg/day 総合検査案内 2018 52 頁-1 参照	175 生Ⅱ	3 4	脚注参照*12	4 週	P 45
27341 4E021	遊離カテコールアミン 3分画										5 日	
26579 4F100	抗ミュー管ホルモン (AMH)	血液 ↓ 血清	2 0.5	01	凍	CLEIA	ng/mL 別表 ② 参照	—	3 6			P 48
27364 5G342	抗IA-2抗体	血液 ↓ 血清	2 0.4	01	冷	EIA	U/mL 0.6 未満	213 生Ⅱ	3 9			P 49

*12: 「6mol/L塩酸(6N)約20mL(蓄尿1リットル当り)」または「酸性ユリメジャー・T(関東化学株式会社製)」を加え冷所に蓄尿し、よく混和後、尿量測定の上、所定量をご提出下さい。
上記はいずれも市販品です。貴院にて予めご購入下さい。

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 61
25840 5F101	HPV-DNA 簡易ジェノタイプ判定 《TaqManPCR法》	LBC用採取液 *15 (ThinPrep) または LBC用採取液 *15 (SurePath)	2 2	81 82	冷	ロシュ/リアル タイムPCR法	検出せず	360 微生物	3 4	必ず指定容器使用	6 ヶ月/ 2週	P 72

*13: 2018年11月現在の測定株は次の通りです。
A/シンガポール/GP1908/2015(H1N1)pdm09、A/シンガポール/INFIMH-16-0019/2016(H3N2)
B/ブーケット/3073/2013(山形系統)、B/メリーランド/15/2016(ビクトリア系統)
*14: 型別判定が可能なもの: 16型、18型。66型を含む12種類の高リスク型HPV(31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68型)についてはいずれか(または全ての)型に感染している場合に陽性となります。どの型に感染しているかは判別できません。
*15: 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の影響に十分ご注意ください(コンタミネーション防止のため、先に必要量を分注いただく方法を推奨致します)。また、その際は液状細胞診の商品名をご記入下さい。

免疫血清学検査

01169 5C015	α ₁ マイクログロブリン (α ₁ M)	〈尿〉	尿	1	25	冷	LA (ラテックス凝集 比濁法)	mg/L 8.3 以下	140 免疫	2 3		3 週	P 85
01839 5C065	β ₂ マイクログロブリン	〈尿〉	尿	1	25	冷	LA (ラテックス凝集 比濁法)	μg/L 200 以下	107 免疫	2 3	透 尿はpH5.5～7.5を確認の上、 ご提出下さい。 酸性畜尿は不可。	3 週	
20110 5A058	IgGサブクラスIgG4		血液 ↓ 血清	2 0.4	01	冷	LA (ラテックス凝集 比濁法)	mg/dL 4.5 ～ 117	377 免疫	2 3			P 90
5A100	IgE (特異的)		血液 ↓ 血清	1 0.3	01	冷	FEIA	U _A /mL 0.35 未満	各 110 免疫	2 3	脚注参照*16	12 週	
30010 5A100	IgE-CAP16 (特異的アレル ゲン16種)	食物 アレルギー	血液 ↓ 血清	各 3 各 1	01	冷	FEIA	U _A /mL 0.35 未満	1430 免疫	2 3	アレルゲン構成については、 総合検査案内2018 105頁 ～4参照参照。 判定基準については総合検査 案内2018 105頁-1参照。 1回のアッセイに血清1.0mLが 必要です。 アレルゲン16種に対し、検査 優先順位の指定はお受けでき ませんので、予めご了承下さい。	12 週	P 91
30043 5A100		アトピー 乳幼児											
30076 5A100		アトピー 学童											
30109 5A100		アトピー 成人											
30142 5A100		花粉症・ 鼻炎											
30175 5A100		アレルギー 性喘息											

*16: 各種シングルアレルゲンについては、総合検査案内2018 104頁-1参照。マルチアレルゲンについては、総合検査案内2018 104頁-2参照。
判定基準については総合検査案内2018 105頁-1参照。

検査内容変更項目

入力コード 統一コード	検 査 項 目	採取量 (mL)	容	保存	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
		↓ 遠心 提出量 (mL)	器	方法							

遺伝子関連検査

45592 8C051	EGFR遺伝子変異解析 コバスv2 <血漿>	血液 ↓ 遠心 EDTA 血漿	12 5	17 ↓ 27	凍 -20℃ 以下	リアルタイム PCR法	検出せず	2100 血液	5 ↓ 7	『遺伝子検査依頼書』をご利用 下さい。 脚注参照*17	P 125
----------------	---------------------------	--------------------------	---------	---------------	-----------------	----------------	------	------------	-------------	-----------------------------------	----------

* 17：EDTA-2K 6mL採血管(17番容器)を2本採血後、遠心分離し、血漿5mLを滅菌スピッツ(27番容器×2本)に等量移注、深冷凍結してご提出下さい。
※白血球を混入させないで下さい <血液の遠心分離条件>1,300～1,700×gで10分間遠心分離 ※常温遠心(15～25℃)

血液学検査

01186 2B700	プロテインC 《抗原量》	血液 ↓ 遠心 クエン酸血漿	1.8 0.3	15 ↓ 02	凍	LPIA	62 ～ 131	%	246 血液	2 ↓ 5	必ず血漿分離の上ご提出下さい。 2週	P 147
----------------	-----------------	-------------------------	------------	---------------	---	------	----------	---	-----------	-------------	-----------------------	----------

* 18：3.2%クエン酸ナトリウム液0.2mL入り容器に血液1.8mLを正確に入れ、全量2.0mLにしてよく混和後、1,500×g、15分間、冷却(2～4℃)遠心分離し、血漿を凍結してご提出下さい。
(遠心力の換算表 総合検査案内2018 152頁、およびCLSI/NCCLSドキュメントH21-A5参照。)

入力コード 統一コード	検 査 項 目	検査材料	容	保存	検 査 方 法	実施料 判断料	所要 日数	備 考	該当ページ
			器	方法					

50091 5D598	PD-L1(28-8)その他 《IHC法》 *19,20	未染標本スライド *21 5枚(4～5μm厚)	20	常	免疫組織化学染色	2700 病理	6 ↓ 9 *22	脚注参照*23	P 174
----------------	------------------------------------	-------------------------------	----	---	----------	------------	--------------------	---------	----------

* 19：「ニボルマブ(オプジーボ®)」投与による頭頸部癌の治療適否の判断および「ニボルマブ(オプジーボ®)」と「イピリムマブ(ヤーボイ®)」投与による悪性黒色腫の治療適否の判断を目的とする検査です。
* 20：PD-L1《IHC》検査をご依頼される場合は、『病理組織(特殊染色・免疫染色)依頼書』をご使用下さい。
* 21：癌(頭頸部癌、悪性黒色腫)を含む組織のホルマリン固定パラフィン包埋ブロックから作製された未染標本スライドをご提出下さい。
スライドは剥離防止コートスライドガラスをご使用下さい。組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、24～48時間が推奨されています。
スライド枚数については、再検査用の検体も含んでおります。薄切後4ヶ月以内に染色を完了する必要があります。
* 22：所要日数には再検査の日数は含まれておりません。
また、パラフィンブロックでのご依頼および関連項目と同時にご依頼の場合は別途日数がかかります。
詳細については弊社担当者にご確認下さい。
* 23：浸潤性の頭頸部癌組織の染色有無を評価対象とします。異形成または上皮内癌は評価対象とはなりません。

1 「農薬スクリーニング」報告下限値

一般名	報告下限値	
	全血	尿
スミチオン(MEP)	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
マラチオン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
CYAP	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
エチルチオメトン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
EPN	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
ダイアジノン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
MPP	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
メチダチオン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
イソキサチオン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
ピリミホスメチル	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
DDVP	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
トリクロルフォン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
メトリブジン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
シマジン(CAT)	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
フェノプカルブ	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
カルバリル	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
メソミル	0.20 µg/mL	0.30 µg/mL
アラクロール	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
プロパニル	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
フェンバレレート	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
シベルメトリン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL
ベルメトリン	0.01 µg/mL	0.01 µg/mL

2 「抗ミュー管ホルモン(AMH)」参考基準値

AMH 測定値の年齢別分布 (中央値)			※ RI : Reference Interval
年齢 (歳)	N (例)	中央値 (ng/mL)	95% RI (基準範囲) (ng/mL)
≤ 27	558	4.69	0.76 ~ 14.18
28	387	4.27	0.84 ~ 12.44
29	555	4.14	0.86 ~ 11.97
30	663	4.02	0.79 ~ 12.74
31	865	3.85	0.44 ~ 13.08
32	872	3.54	0.62 ~ 13.87
33	959	3.32	0.40 ~ 12.76
34	1,064	3.14	0.38 ~ 11.16
35	1,191	2.62	0.37 ~ 10.18
36	1,122	2.50	0.33 ~ 9.93
37	1,154	2.27	0.24 ~ 8.50
38	1,230	1.90	0.11 ~ 7.81
39	1,176	1.80	0.13 ~ 7.45
40	1,057	1.47	0.08 ~ 6.13
41	888	1.30	0.06 ~ 5.52
42	715	1.00	0.05 ~ 5.81
43	509	0.72	0.03 ~ 4.49
44	309	0.66	0.03 ~ 3.98
45	144	0.41	0.03 ~ 3.43
46 ≤	127	0.30	0.02 ~ 1.67
全群	15,545	2.36	0.12 ~ 10.67

*JISART (日本生殖補助医療標準化機関) 各施設に通院する不妊症患者で当該試薬を用いて測定した16,526例のうち、多嚢胞性卵巣 (PCO) (939例) および早期卵巣不全 (POI) (42例) と診断された症例を除外した後の、女性15,545例のAMH測定値の年齢別分布 (中央値) をノンパラメトリック法により求められています。(国内検討データ) (試薬添付文書より)

【判定上の留意事項】
日本産科婦人科学会 生殖・内分泌委員会 生殖医療リスクマネジメント小委員会の報告では、AMH測定に際して留意すべき事項として次の4項目を挙げています。
①AMHは卵子の質とは関連しない。
②AMHの測定値は個人差が大きく、若年女性でも低い場合や高齢女性でも高い場合があり、測定値からいわゆる「卵巣年齢」の推定はできない。
③測定値と妊娠する可能性とは直接的な関連はなく、測定値から「妊娠できる可能性」を判定するのは不適切と考えられる。
④測定値が低い場合でも「閉経が早い」という断定はできない。

容 器 一 覧

容器番号	57	STD遺伝子増幅検査用容器(ぬぐい液用)
新		
		
添加剤	-	
保管方法	常温	
有効期間	外袋表示	
採取方法の変更箇所は下線	検体採取後直ちにスワブを容器底部まで入れて下さい。 <u>そのまま(スワブは折らず)キャップをして、2～8℃で冷蔵保存して下さい。</u>	

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
遺伝子関連検査	平成30年10月31日(水)	07186	JAK2遺伝子V617F変異解析	P124	[45614]JAK2 V617F変異相対定量解析
	平成30年 8月31日(金)	45398	RAS遺伝子変異解析	P127	[45617]RAS-BRAF遺伝子変異解析
	平成30年12月28日(金)	45492	MSI解析(免疫チェックポイント阻害剤)	P127	[45645]～[45657]マイクロサテライト不安定性検査(固形癌：ペムブロリズマブ)