

検査内容変更のお知らせ

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、厚くお礼申し上げます。

さて、弊社の基準値は、福岡県五病院会が作成し、1995年に福岡県医師会から県内共通基準として推奨された範囲を採用しております。その後、2014年3月にJCCLS(日本臨床検査標準協議会)から共用基準範囲が公表されましたので、弊社において検討を重ねた結果、妥当と判断いたしました。

まずは、かねてより基準値を検討しておりましたクレアチニンにつきまして共用基準範囲に変更する運びとなりましたので、ご案内する次第です。

また、他の項目につきましても2020年1月よりJCCLS共用基準範囲に変更する計画であり、後日別途ご案内させていただきます。

誠に勝手ではございますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

■対象項目/変更内容

頁	項目コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
44 113	1615	クレアチニン (CRE)	基準値 (単位)	M 0.65~1.07 F 0.46~0.79 (mg/dL)	M 0.60~1.10 F 0.40~0.70 (mg/dL)	JCCLS 共用基準範囲を採用

※その他検査要領に変更はございません。

【報告書の基準値表記について】

常用報告書および受診者用報告書の基準値につきまして、次版改訂までの間、旧基準値は「*****」で無効とし、欄外に新基準値を印字させていただきます。裏面の報告書見本をご参照下さい。

■変更期日

- 2019年10月1日(火)受付日分より

以上

■報告書見本

●常用報告書

血清アミラーゼ	U/L	42~132
尿中アミラーゼ	U/L	50~690
尿素窒素	mg/dL	8.0~22.0
クレアチニン	mg/dL	0.65~1.07
eGFR	mL/min/1.73m ²	60.0以上
尿酸	mg/dL	♂ 3.6~7.0 ♀ 2.3~7.0
総コレステロール	mg/dL	128~219

血液型 **型 Rh**

受診者名 **型 Rh** 採取日

※クレアチニン基準値: ♂0.65~1.07 ♀0.46~0.79

KYURIN

●受診者用検査結果報告書

血清アミラーゼ	U/L	42~132
尿中アミラーゼ	U/L	50~690
尿素窒素	mg/dL	8.0~22.0
クレアチニン	mg/dL	0.65~1.07
e G F R	mL/min/1.73m ²	60.0以上
尿酸	mg/dL	♂ 3.6~7.0 ♀ 2.3~7.0

※クレアチニン基準値: ♂0.65~1.07 ♀0.46~0.79

■その他の基準値変更予定項目

下記項目は2020年1月よりJCCLS共用基準範囲に変更する予定です。詳細は後日別途ご案内いたします。

[1001]血液一般	[1501]総蛋白	[1503]アルブミン	[1505]A/G
[1522]総ビリルビン	[1529]AST (GOT)	[1531]ALT (GPT)	[1533]LD(LDH)
[1535]ALP	[1538]γ -GT (γ -GTP)	[1539]コリンエステラーゼ	[1540]CK(CPK)
[1544]血清アミラーゼ	[1611]尿素窒素	[1619]尿酸	[1704]総コレステロール
[1705]中性脂肪	[1706]HDL-コレステロール	[1959]LDL-コレステロール	[1817]ナトリウム/クロール
[1829]カリウム	[1834]カルシウム	[1836]無機リン	[1838]血清鉄
[1660]グルコース	[1822]ヘモグロビンA1c	[3487]CRP	