

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別なご愛顧を賜わり厚くお礼申し上げます。
このたび、下記の検査項目におきまして、検査内容を変更させていただくことになりましたのでご案内を致します。
何卒ご理解ご了承賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

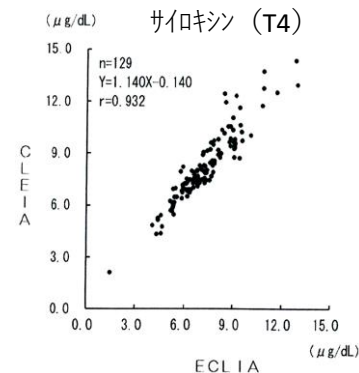
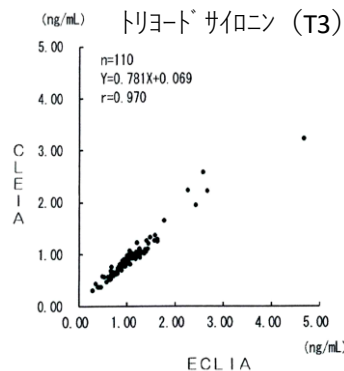
謹白

記

- 変更実施日：令和3年9月29日（水）ご依頼分より
- 変更内容：検査方法及び基準値の変更

コード	検査項目名	新		旧	
		検査方法	基準値	検査方法	基準値
2005	トリヨードサイロニン (T3)	CLEIA法	0.62 ～ 1.16 ng/mL	ECLIA法	0.80 ～ 1.60 ng/mL
2009	サイロキシシン (T4)	CLEIA法	4.53 ～ 8.38 μg/dL	ECLIA法	6.10 ～ 12.4 μg/dL

【相関図】



- 変更実施日：令和3年9月30日（木）ご依頼分より
- 変更内容：基準値の変更

コード	検査項目名	新		旧	
		検査方法	基準値	検査方法	基準値
4868	胃がんリスク層別化検査 (ABC分類) ヘリコバクターピロリ抗体	ラテックス 凝集比濁法	10未満 U/mL	ラテックス 凝集比濁法	4未満 U/mL

お問い合わせ
株式会社CIS熊本中央研究所
TEL(096)284-1381