

## 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：2026年7月2日（木）ご依頼分より
- 変更内容：検査内容の変更

コード	検査項目名		新	旧
1025	膵グルカゴン	基準値	空腹時 8.8 ~ 45.2 pg/mL	空腹時 5.4 ~ 55.0 pg/mL
		備考	他項目との重複依頼は避けてください。溶血での依頼は避けてください。	
1026	ミオグロビン	検査方法	CLEIA	CLIA
		基準値	男性：15.8 ~ 105.9 女性：10.5 ~ 70.0 (ng/mL)	男性：154.9 以下 女性：106.0 以下 (ng/mL)
1130	ハプトグロビン	検査方法	TIA	ネフェロメトリー