

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：2025年2月10日（月）ご依頼分より

●変更内容：検査内容の変更（試薬・測定方法変更等の為）

コード	検査項目名		新	旧
1044	心筋トロポニンT (高感度)	測定方法	ECLIA法	CLEIA法
		基準値	0.014以下 ng/mL	0.016以下 ng/mL
		所要日数	3～4日	1～2日
1061	心筋トロポニンT (定量)	検体量	全血 (ヘパリン加血)	—
		容器	G	—
		検体量	血液 1.0mL	—
		保存	室温	—
		測定方法	免疫クロマトグラフィー法	—
		基準値	陰性：0.050 ng/mL 未満 陽性：0.100 ng/mL 以上	—
		点数	109	—
		所要日数	1～2日	—
		備考	0.050 ng/mL以上 トロポニンT 0.100 ng/mL未満は他の所見 と合わせて、総合的にご判断 ください。溶血は測定不可。	—