

先生各位

検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、下記の項目におきまして、検査内容を変更させていただきますのでご案内申し上げます。
今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

《変更日》 平成 18 年 11 月 30 日(木)受付分より

《変更内容》

総合 検査案内	検査 コード	検査項目名称	変更内容	変更後	変更前
P.85	1231	インターフェロン (IFN-)	検体量	血清 0.5 ml	血清 0.2 ml
			所要日数	事前確認	9 ~ 15 日
			検査方法	バイオアッセイ法	50%NR 取り込み法
	1232	インターフェロン (IFN-)	基準値	6.0 IU / ml 未満	なし
			報告形態	小数第一位	整数
	1233	インターフェロン (IFN-)	備考	使用IFNを必ず明記 ^(注)	対象となる型を1項目のみ依頼 の各型を測定 する方法ではなく、イン ターフェロン力価を報告

その他の検査内容に変更はございません。

《変更理由》 現行委託先における受託中止に伴う委託先の変更

《注 意》 測定可能なIFNを下表に表記しておりますので、ご使用のIFN商品名を必ず依頼書にご記入ください。

---測定可能なIFN---

項 目 名	商 品 名(発売元)
インターフェロン- (IFN-)	IFN モチダ(モチダ製薬) ロフェロン(ロシュ・ダイアグノスティックス) イントロン A(シエリング・ブラウ) オーアイエフ(大塚製薬) キャンフェロン(武田製薬)
インターフェロン- (IFN-)	IFN モチダ(モチダ製薬) フェロン(東レ/第一製薬)
インターフェロン- (IFN-)	イムノマックス(塩野義製薬)