

お客様各位

検査に関するご案内

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り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび下記のとおり、受託中止、新規検査項目および検査内容変更のご案内を申し上げます。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

● 受託中止項目

《最終受付日》 令和6年11月30日（土）まで受託

《中止項目》

総合検査案内	検査コード	検査項目名称	代替項目
P.9	0316	血中脂肪酸分画	脂肪酸4分画 【検査コード 0827】
P.15	0415	セレン (Se)	セレン (Se) 【検査コード 1261】
	0416	アルミニウム (Al)	アルミニウム (Al) 【検査コード 1267】
—	0486	STD マイコプラズマ核酸同定 尿	STD マルチ 尿 【検査コード 5271】
	0572	STD マイコプラズマ核酸同定 分泌物	STD マルチ 分泌物 【検査コード 5281】

※代替項目の詳細は、次頁からの新規検査項目をご参照ください。

《中止理由》 委託先の変更

● 新規検査項目

《受託開始日》 令和 6 年 10 月 28 日（月）受付分より

《検査要項》①

検査項目名称	脂肪酸 4 分画
検査コード	0827
JLAC10	3F040-0000-022-202-00
TFA コード	脂肪酸4分画 : 03540000 0830 : EPA : 03540009 0828 : DHLA : 03540003 0831 : DHA : 03540012 0829 : AA : 03540006 0832 : EPA/AA比 : 03540015
検体量	血漿 0.5mL
保存・容器	必凍・H2→A2
実施料（判断区分）	393 点（生化Ⅱ）
所要日数	5 ～ 9 日
検査方法	GC 法
基準値	DHLA : 16.7 ～ 58.2 AA : 112.7 ～ 237.9 EPA : 9.0 ～ 128.5 DHA : 46.7 ～ 172.7 EPA/AA比 : 0.06 ～ 0.72 μg/mL
備考	重複依頼不可・空腹時に採血 DHLA : ジホモ-γ-リノレン酸 EPA : エイコサペンタエン酸 AA : アラキドン酸 DHA : ドコサヘキサエン酸
実施施設	ビー・エム・エル

保険収載名称：脂肪酸分画

《検査要項》②

検査項目名称	セレン (Se)
検査コード	1261
JLAC10	3I035-0000-023-274-01
TFA コード	05420000
検体量	血清 0.5mL
保存・容器	冷蔵・A1→A2
実施料 (判断区分)	144 点 (生化 I)
所要日数	4 ~ 19 日
検査方法	原子吸光法
基準値	107~171 $\mu\text{g/L}$
実施施設	ビー・エム・エル

保険収載名称：セレン

保 険 注 釈：セレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人口乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児（者）に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

《検査要項》③

検査項目名称	アルミニウム (Al)
検査コード	1267
JLAC10	3K105-0000-023-274-01
TFA コード	05440000
検体量	血清 0.5mL
保存・容器	冷蔵・A4
実施料 (判断区分)	109 点 (生化 I)
所要日数	4 ~ 10 日
検査方法	原子吸光法
基準値	16 $\mu\text{g/L}$ 以下
備考	重複依頼不可
実施施設	ビー・エム・エル

保険収載名称：アルミニウム (Al)

《検査要項》④

検査項目名称	STD マルチ 尿	STD マルチ 分泌物
検査コード	5271	5281
JLAC10	6B653-0000-001-862-11	6B653-0000-050-862-11
TFA コード	5271 : STD マルチ 尿 : 31920000 5272 : HSV-1 : 31920003 5273 : HSV-2 : 31920006 5274 : M. ジェニタリウム : 31920009 5275 : M. ホミニス : 31920012 5276 : U. パルバム : 31920015 5277 : U. ウレアリチカム : 31920018	5281 : STD マルチ 分泌物 : 31930000 5283 : HSV-1 : 31930003 5284 : HSV-2 : 31930006 5285 : M. ジェニタリウム : 31930009 5286 : M. ホミニス : 31930012 5287 : U. パルバム : 31930015 5288 : U. ウレアリチカム : 31930018
検体量	初尿 4.5mL	分泌物 ^(注)
保存・容器	常温・QMU 	常温・QMS 
実施料（判断料）	未収載	
所要日数	4 ～ 9日	
検査方法	PCR法（リアルタイムPCR法）	
基準値	（-）	
報告形態	（-）、（+）、判定不能	
備考	重複依頼不可	重複依頼不可 （注）分泌物の検体採取部位は、子宮頸管または膣
実施施設	ビー・エム・エル	

《解 説》

本検査は、性感染症の原因ウイルスおよび細菌である単純ヘルペスウイルス1型（HSV-1）、単純ヘルペスウイルス2型（HSV-2）、マイコプラズマ・ジェニタリウム、マイコプラズマ・ホミニス、ウレアプラズマ・パルバム、ウレアプラズマ・ウレアリチカムの6種類をリアルタイムPCR法にて同時に検出します。

● 検査内容変更

《変更日》 令和 6年 10月 28日（月）受付分より

《変更内容》 別添の変更項目一覧をご参照ください。

別添：変更項目一覧

《変更理由》 ① 委託先の変更（LSIメディエンスからピー・エム・エルに変更）

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.5	0672	ホモシステイン	JLAC10	3C070-0000-022-204-01	3C070-0000-022-205-01
			検体量	血漿 0.4mL	血漿 0.3mL
			所要日数	6～14日	3～7日
			検査方法	HPLC法	LC-MS/MS法
			基準値	男：6.3～18.9 女：5.1～11.7 nmol/mL	5.0～15.0 nmol/mL
			最小報告値	0.2 nmol/mL以下	1.0 nmol/mL未満
P.14	0401	亜鉛 (Zn) 尿	検体量	尿 0.5mL	尿 5.0mL
			容器	UM (=U1)	U11
			所要日数	3～6日	3～9日
			基準値	85～1000 μg/L	64～947 μg/L
	0403	水銀 (Hg) 全血	所要日数	4～26日	5～13日
			基準値	9.0 μg/dL以下	5.0 μg/dL以下
			最小報告値	0.1 μg/dL以下	0.3 μg/dL以下
	0404	水銀 (Hg) 尿	検体量	尿 0.5mL	尿 1.0mL
			容器	UM (=U1)	U11
			所要日数	4～26日	5～13日
			基準値	22 μg/L以下	25 μg/L以下
	0406	カドミウム (Cd) 尿	JLAC10	3K120-0000-001-274-01	3K120-0000-001-299-01
			容器	UM (=U1)	U11
			所要日数	4～19日	4～13日
			検査方法	原子吸光法	ICP-MS法
			基準値	4 μg/L以下	3.8 μg/L以下
			報告形態	整数	小数点第1位
	P.15	0409	マンガン (Mn) 尿	JLAC10	3K125-0000-001-274-01
検体量				尿 1.0mL	尿 0.5mL
容器				UM (=U1)	U11
所要日数				4～19日	5～13日
検査方法				原子吸光法	ICP-MS法
基準値				2 μg/L以下	2.0 μg/L未満
報告形態				整数	小数点第1位
最小報告値				1 μg/L以下	1.0 μg/L以下

別添：変更項目一覧

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.15	0410	クロム (Cr) 全血	検体量	全血 0.7mL	全血 0.5mL
			所要日数	5 ~ 20日	6 ~ 15日
			基準値	1.0 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 以下	設定なし $\mu\text{g}/\text{dL}$
			報告形態	小数点第1位	小数点第2位
			最小報告値	0.1 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 以下	0.02 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 以下
	0411	クロム (Cr) 尿	容器	UM (=U1)	U11
			所要日数	5 ~ 20日	6 ~ 15日
			基準値	2 $\mu\text{g}/\text{L}$ 以下	設定なし $\mu\text{g}/\text{L}$
			報告形態	整数	小数点第1位
			最小報告値	1 $\mu\text{g}/\text{L}$ 以下	0.2 $\mu\text{g}/\text{L}$ 以下
	0680	アセトン定量 尿	検体量	尿 3.0mL	尿 1.0mL
			保存	必凍	凍結
			所要日数	6 ~ 21日	4 ~ 9日
			基準値	2.3 mg/L以下	5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 未満
			報告形態	小数点第1位	整数
最小報告値			0.5 mg/L以下	5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 未満	
備考			作業終了時の尿	検出限界未満を基準値とする	
P.22	0707	クロナゼパム 〔薬物分析検査〕	検体量	血清 0.3mL	血清 0.5mL
			保存	必凍	冷蔵
			所要日数	4 ~ 7日	3 ~ 7日
			有効治療濃度	20.0~70.0 ng/mL	10.0~70.0 ng/mL
			最小報告値	2.0 ng/mL未満	2.0 ng/mL以下
P.23	0749	シクロスポリン 〔薬物分析検査〕	JLAC10	3M805-0000-019-051-01	3M805-0000-019-053-01
			検体量	全血 0.5mL	全血 1.0mL
			保存	必凍	冷蔵
			所要日数	3 ~ 6日	2 ~ 6日
			検査方法	CLIA法	ECLIA法
			採血の タイミング	次回投与直前 (Trough濃度) AUC ₀₋₄ モニタリング： Trough濃度、投与後1、2、3、 4時間 C ₂ モニタリング：投与後2時間	経口：次回投与直前 (Trough濃度) 静注：次回投与直前 (Trough濃度) 必要に応じて投与直後 (Peak濃度)
			報告形態	小数点第1位	整数
			最小報告値	6.7 ng/mL未満	30 ng/mL未満
			備考	重複依頼不可	重複依頼不可 (注2) ピオチンを1日5mg以上投与している患者からの採血は、投与後少なくとも8時間以上経過してから実施してください。

別添：変更項目一覧

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.38	1185	IgGサブクラス分画	JLAC10	5A050-0000-023-920-00	5A050-0000-023-062-00	
			検体量	血清 1.0mL	血清 0.4mL	
			所要日数	3～6日	2～8日	
			検査方法	TIAおよびラテックス凝集比濁法	ラテックス凝集比濁法および 免疫比濁法	
			基準値	IgG1：351～962 IgG2：239～838 IgG3：9～140 IgG4：11～121 mg/dL	IgG1：351.0～962.0 IgG2：239.0～838.0 IgG3：8.5～140.0 IgG4：4.5～117.0 mg/dL	
			報告形態	定量値のみ報告 整数	定量値と%を報告 小数点第1位	
			最小報告値	IgG1：15未満 IgG2：2未満 IgG3：1未満 IgG4：5以下 mg/dL	IgG1：150.0未満 IgG2：20.0未満 IgG3：5.5未満 IgG4：4.5未満 mg/dL	
	6731	IgGサブクラスIgG4	検体量	血清 0.5mL	血清 0.4mL	
			所要日数	3～6日	2～6日	
			基準値	11～121 mg/dL	11.0～121.0 mg/dL	
			報告形態	整数	小数点第1位	
			最小報告値	5 mg/dL以下	6.0 mg/dL未満	
	P.44	0465	オートタキシン	検体量	血清 0.5mL	血清 0.3mL
				所要日数	3～6日	2～7日
検査方法				EIA法	FEIA法	
備考				《健常者基準値》 男：0.388～0.912 女：0.450～1.280 mg/L (注) ・妊婦では週数が進むに従って高値となることが確認されているため、妊婦検体の測定には適しません。 ・悪性リンパ腫患者、進行した悪性腫瘍患者では、高値となることが確認されています。また、重度の心不全患者でも高値を示す場合があります。 ・副腎皮質ステロイドを服用している人では、低値を示す場合があります。 ・肝炎ウイルスを原因としない慢性肝疾患においては、肝線維化ステージとオートタキシン濃度の関係がウイルス性肝疾患と異なる場合があります。	(注) ・妊婦では週数が進むに従って高値となることが確認されているため、妊婦検体の測定には適しません。 ・悪性リンパ腫患者、進行した悪性腫瘍患者では、高値となることが確認されています。また、重度の心不全患者でも高値を示す場合があります。 ・副腎皮質ステロイドを服用している人では、低値を示す場合があります。 ・肝炎ウイルスを原因としない慢性肝疾患においては、肝線維化ステージとオートタキシン濃度の関係がウイルス性肝疾患と異なる場合があります。	
所要日数				4～8日	3～8日	
P.55	0818	マイコプラズマ抗体（マイコプラズマ・ニューモニエ抗体）【CF法】	所要日数	4～8日	3～8日	
P.57	7796	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	所要日数	8～17日	8～20日	
			検査方法	EIA法	ELISA法	
P.66	1590	ムンプスウイルス抗体 IgG【EIA法】	JLAC10	5F432-1431-023-023-04	5F432-1431-023-023-01	
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	
			所要日数	3～6日	3～8日	
			最小報告値	1.0未満	2.0未満	

別添：変更項目一覧

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.66	1591	ムンプスウイルス抗体 IgM 【EIA法】	JLAC10	5F432-1432-023-023-32	5F432-1432-023-023-33
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			最小報告値	0.01	0.80未満
	1602	風疹ウイルス抗体 IgG 【EIA法】	JLAC10	5F395-1431-023-023-04	5F395-1431-023-023-01
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			最小報告値	0.1	2.0未満
	1603	風疹ウイルス抗体 IgM 【EIA法】	JLAC10	5F395-1432-023-023-32	5F395-1432-023-023-33
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			最小報告値	0.01	0.80未満
	1583	麻疹ウイルス抗体 IgG 【EIA法】	JLAC10	5F431-1431-023-023-04	5F431-1431-023-023-01
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			最小報告値	0.1	2.0未満
	1584	麻疹ウイルス抗体 IgM 【EIA法】	JLAC10	5F431-1432-023-023-32	5F431-1432-023-023-33
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			最小報告値	0.01	0.80未満
備考			判定基準 (－)：0.80未満 (±)：0.80～1.20 (＋)：1.21以上 (注) 【麻疹ウイルス抗体IgMの結果解釈における注意事項】 抗体陽性の場合、麻疹ウイルス抗体に対するIgMが存在すると考えられますが、検査材料が血清の場合は、伝染性紅斑（パルボウイルスB19感染）、デング熱、突発性発疹（HHV6感染）などでも麻疹ウイルス抗体IgMが陽性となる症例があることが報告されています。診断においては臨床症状および他の検査方法を加味し、総合的に判断してください。		
P.67	1502	単純ヘルペスウイルス抗体（HSV） 【CF法】	所要日数	4～8日	3～8日
	1512	単純ヘルペスウイルス抗体（HSV） IgG 【EIA法】	JLAC10	5F190-1431-023-023-04	5F190-1431-023-023-01
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3～6日	3～8日
最小報告値	0.1	2.0未満			

別添：変更項目一覧

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.67	1513	単純ヘルペスウイルス抗体 (HSV) IgM 【EIA法】	JLAC10	5F190-1432-023-023-32	5F190-1432-023-023-33
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3 ~ 6日	3 ~ 8日
			最小報告値	0.01	0.80未満
	1508	水痘・帯状ヘルペスウイルス抗体 【CF法】	所要日数	4 ~ 8日	3 ~ 8日
	1517	水痘・帯状ヘルペスウイルス抗体 IgG 【EIA法】	JLAC10	5F193-1431-023-023-04	5F193-1431-023-023-01
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3 ~ 6日	3 ~ 8日
			最小報告値	0.1	2.0未満
	1518	水痘・帯状ヘルペスウイルス抗体 IgM 【EIA法】	JLAC10	5F193-1432-023-023-32	5F193-1432-023-023-33
			検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL
			所要日数	3 ~ 6日	3 ~ 8日
最小報告値			0.01	0.80未満	
P.76	6438	ロイシンリッチα2グリコプロテイン (LRG)	検体量	血清 0.5mL	血清 0.4mL
			所要日数	3 ~ 6日	2 ~ 6日
			検査方法	ラテックス免疫比濁法	ラテックス凝集比濁法
P.106	7914	肺癌ALK (FISH)	JLAC10	8B323-9931-075-841-49	8B323-0000-075-841-49
			検体量	未染スライド 4μm厚 4枚	未染スライド 4μm厚 3枚
			所要日数	10 ~ 16日	6 ~ 16日
			備考	<p>事前連絡必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、6~48時間程度でお願い致します。 ○厚さ4μmパラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出ください。 <p>ALK阻害剤投与適応の判断</p>	<p>事前連絡必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、6~48時間程度でお願い致します。 ○パラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出ください。 ○未染スライドは、外科的切除、針生検、FFPE細胞ペレット（例：穿刺吸引細胞診）などによるFFPE組織検体用（原発性腫瘍および転移性腫瘍）に至適化されたものをご提出ください。 <p>ALK阻害剤投与適応の判断</p>

別添：変更項目一覧

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.106	5729	HER2/neu (FISH)	項目名称	乳癌HER2/neu FISH法	HER2/neu FISH法
			会計名称	乳癌HER2FISH	HER2 FISH法
			顧客端末用略称	乳癌HER2/neu FISH法	HER2/neu FISH法
			JLAC10	8C053-9941-075-841-49	8C053-0000-075-841-49
			検体量	未染スライド 4μm厚 4枚	パラフィンブロック または 未染スライド 4μm厚 5枚
			容器	R	W または R
			所要日数	13～18日	10～17日
	備考	<p>事前連絡必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、24～48時間をお願い致します。 ○厚さ4μmで薄切したパラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出してください。 ○予め、病理組織検査結果において浸潤性乳癌とされ、その部分を含んだ未染スライドをご提出ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ○乳癌における検索対象は浸潤性乳癌細胞です。 ○10%中性緩衝ホルマリン液により固定後、速やかにパラフィン包埋し、病理診断後にご提出ください。スライドで提出する場合は、ホルマリン固定パラフィン組織から4μm未染薄切切片をそれぞれ5枚作製し、シランコートスライドを使用しご依頼ください。 ○薄切後、6週間以上経過した未染色スライドの提出は避けてください。 ○病理組織検査報告書のコピーの添付をお願いします。 		
	7872	胃癌HER2/neu (FISH)	JLAC10	8C053-9941-075-841-49	8C053-0000-075-841-49
			検体量	未染スライド 4μm厚 4枚	パラフィンブロックまたは未染スライド 4μm厚 5枚
容器			R	W または R	
所要日数			13～18日	10～17日	
備考	<p>事前連絡必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、24～48時間をお願い致します。 ○厚さ4μmで薄切したパラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ○10%中性緩衝ホルマリン液により固定後、速やかにパラフィン包埋し、病理診断後にご提出ください。スライドで提出する場合は、ホルマリン固定パラフィン組織から4μm未染薄切切片をそれぞれ5枚作製し、シランコートスライドを使用しご依頼ください。 ○薄切後、6週間以上経過した未染色スライドの提出は避けてください。 ○病理組織検査報告書のコピーの添付をお願いします。 			
7270	大腸癌HER2/neu (FISH)	検体量	未染スライド 4μm厚 4枚	パラフィンブロック または 未染スライド 4μm厚 5枚	
		容器	R	W または R	
		所要日数	13～18日	10～17日	
		備考	<p>事前連絡必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、24～48時間をお願い致します。 ○厚さ4μmで薄切したパラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ○スライドは剥離防止コートスライドガラスをご使用ください。 ○組織の固定は、10%中性緩衝ホルマリン液を用い、固定時間は24時間～48時間が推奨されています。 	
P.116	7243	HPV-DNA16型、18型、他ハイリスク型 (液状細胞診と同時依頼時のHPV-DNAも同様)	保存	常温	冷蔵
			所要日数	4～8日	3～7日
			基準値	16型：検出せず 18型：検出せず 他ハイリスク型：検出せず	16型：陰性 18型：陰性 他ハイリスク型：陰性
			報告形態	16型：検出せず 陽性 判定不能 18型：検出せず 陽性 判定不能 他ハイリスク型：検出せず 陽性 判定不能	16型：陰性 陽性 判定不能 18型：陰性 陽性 判定不能 他ハイリスク型：陰性 陽性 判定不能

別添：変更項目一覧

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.120	9857	RAS-BRAF遺伝子変異解析	項目名称	大腸癌RAS・BRAF遺伝子変異	RAS-BRAF遺伝子変異解析
			会計名称	RAS・BRAF変異	RAS-B遺伝子変異
			顧客端末 用略称	大腸癌RAS・BRAF変異	RAS-B遺伝子変異解析
			JLAC10	8C241-9951-075-898-11	8C241-9951-070-898-49
			TFAコード	5362：RAS 遺伝子変異判定：89350003 5446：KRAS コドン 12：89350006 5458：KRAS コドン 13：89350009 5478：KRAS コドン 59：89350012 5536：KRAS コドン 61：89350015 5614：KRAS コドン 117：89350018 5654：KRAS コドン 146：89350021 5671：NRAS コドン 12：89350024 5675：NRAS コドン 13：89350027 5689：NRAS コドン 59：89350030 5700：NRAS コドン 61：89350033 5709：NRAS コドン 117：89350036 5744：NRAS コドン 146：89350039 5767：BRAF V600E：89350042	—
			検体量	未染スライド 5μm厚 5~10枚	未染スライド 5μm厚 5枚
			報告形態	判定：変異陰性、変異陽性 各コドン：変異陰性又は変異型	判定：変異陰性、変異陽性 各コドン：(－)又は変異型
			報告書 種別	総合報告書	別紙報告書
			備考	腫瘍細胞含有率10%以上必要 病理組織診断にて腫瘍が認められた部位を、全てのスライドの裏面に、油性ペン等でマーク（実線で囲む）してご提出ください。 KRAS遺伝子、NRAS遺伝子ともにコドン12、13、59、61、117、146、BRAF遺伝子はコドン600の変異を検出。	腫瘍細胞含有率10%以上必要 受付曜日：月～木 休日とその前日および前々日は受付不可(注1) ・病理組織診断にて腫瘍が認められた部位をマーク（実線で囲む）したHE染色スライドを併せて提出してください。 ・FFPE処理後12カ月以内、未染スライド作製 後60日以内に提出してください。 ・強酸による脱灰操作をした検体は検査出来ません。 ・ホルマリン固定検体では、固定条件によって核酸の断片化が著しく、解析不能となる場合があります。 ・病理組織検査報告書のコピーを添付してください（腫瘍細胞が認められていること）。

別添：変更項目一覧

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.120	7218	EGFR遺伝子変異解析コバsv2	項目名称	肺癌EGFR遺伝子変異解析コバsv2	EGFR遺伝子変異解析コバsv2
			会計名称	肺癌EGFR変異v2	EGFR遺伝子変異2
			顧客端末用略称	肺癌EGFR変異Jv sv2	EGFR遺伝子コバス
			JLAC10	8C051-9951-075-862-11	8C051-9951-070-862-49
			TFAコード	6150：判定：89290003 6162：G719X：89290006 6165：Exon19DEL：89290009 6168：S768I：89290012 6436：Exon20INS：89290015 6457：T790M：89290018 6465：L858R：89290021 6885：L861Q：89290024	—
			検体量	未染スライド5μm厚 5～10枚	未染スライド5μm厚 5枚
			所要日数	4～9日	6～11日
			基準値	設定なし	検出せず
			報告形態	判定：検出されず、陽性 各変異：（－）、（＋）	各変異：検出せず、検出、判定不能
			報告書	総合報告書	別紙報告書
			備考	腫瘍細胞含有率10%以上必要 病理組織診断にて腫瘍が認められた部位を、全てのスライドの裏面に、油性ペン等でマーク（実線で囲む）してご提出ください。	腫瘍細胞含有率10%以上必要 事前連絡必要 受付曜日：月～木 休日とその前日および前々日は受付不可（注1） ・病理組織診断にて腫瘍が認められた部位をマーク（実線で囲む）したHC染色スライドを併せて提出してください。 ・FFPE処理後12カ月以内、未染スライド作製後60日以内に提出してください。 ・強酸による脱灰操作をした検体は検査出来ません。 ・ホルマリン固定検体では、固定条件によって核酸の断片化が著しく、解析不能となる場合があります。 ・病理組織検査報告書のコピーを添付してください（腫瘍細胞が認められていること）。
—	7698	【予約検査】 BIRC3-MALT1 骨髓液 【FISH法】	項目名称	API2/MALT1 t (11;18) 転座	BIRC3-MALT1 FISH法
			会計名称	API2/MALT1	BIRC3MALT1
			顧客端末用略称	API2/MALT1 t(11;18)	BIRC3-MALT1
			容器	X12（専用）	M1
			所要日数	8～14日	6～11日
			備考	【予約検査】 重複依頼不可 採血当日中にご提出ください。 受付曜日：月～金 血液疾患染色体検査依頼書をあわせてご提出ください。 ご提出の際は事前に最寄りの営業所へご連絡ください。 ＜骨髓液の採取＞ 穿刺前に注射器管内をヘパリンで潤した後、ヘパリンを完全に排出し、穿刺液を採取後空気を入れてゆっくり転倒混和し専用容器（X12）に0.5mL入れ、緩やかに転倒混和して冷蔵保存してください。 雑菌等の混入に注意してください。	重複依頼不可 受付曜日：月～木 休日の前日、前々日は受託不可 採血当日中に搬入 事前連絡必要 専用依頼書「血液疾患染色体検査依頼書」が必要

別添：変更項目一覧

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
—	6811	【予約検査】 HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	検体量	全血 7.0mL	全血 5.0mL
			所要日数	8～12日	8～16日
			検査方法	RT-PCR/ ダイレクトシーケンス法	nested RT-PCR/ ダイレクトシーケンス法
			備考	【予約検査】 重複依頼不可（開栓不可） 患者名は、「匿名化」をしてご提出ください。 採血当日中にご提出ください。 受付曜日：月～金 ご提出の際は事前に最寄りの営業所へご連絡ください。	重複依頼不可 受付曜日：月～木 休日の前日、前々日は受託不可 採血当日中に搬入 事前連絡必要 専用依頼書「血液疾患染色体検査依頼書」が必要
	9936	肺癌PD-L1（22C3）	項目名称	肺癌PD-L1（22C3）	肺癌PD-L1（22C3）
			会計名称	肺癌PDL122C3	PDL1（22C3）
			顧客端末用略称	肺癌PD-L1（22C3）	PDL1（22C3）
			検体量	未染スライド 4μm厚 4枚	パラフィンブロック
			容器	R	W
			所要日数	10～14日	7～12日
			備考	事前連絡必要 ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、12～72時間程度でお願い致します。 ○厚さ4μm/パラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出ください。	事前連絡必要 病理組織検査報告書のコピー添付 非小細胞肺癌を含む組織のホルマリン固定パラフィン包埋ブロックを提出。
	9937	肺癌PD-L1（28-8）	項目名称	肺癌PD-L1（28-8）	肺癌PD-L1（28-8）
			会計名称	肺癌PDL128-8	PDL1（28-8）
顧客端末用略称			肺癌PD-L1（28-8）	PDL1（28-8）	
検体量			未染スライド 4μm厚 4枚	パラフィンブロック	
容器			R	W	
所要日数			10～14日	7～12日	
備考			事前連絡必要 ○病理組織検査報告書のコピーを添付してください。 ○組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、24～48時間程度でお願い致します。 ○厚さ4μm/パラフィン切片を剥離防止コートスライドに貼付してご提出ください。	事前連絡必要 病理組織検査報告書のコピー添付 非小細胞肺癌を含む組織のホルマリン固定パラフィン包埋ブロックを提出。	
—	1802	風疹ウイルス抗体 IgG 髄液 【EIA法】	JLAC10	5F395-1431-041-023-04	5F395-1431-041-023-01
			検体量	髄液 0.7mL	髄液 0.4mL
			所要日数	3～6日	3～8日
			報告形態	小数点第2位	小数点第1位

別添：変更項目一覧

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
—	1803	風疹ウイルス抗体 IgM 髄液【EIA法】	項目名称	抗体指数	インデックス
			顧客端末用略称	抗体指数	インデックス
			JLAC10	5F395-1432-041-023- 32	5F395-1432-041-023- 33
			検体量	髄液 0.7mL	髄液 0.4mL
			所要日数	3～6日	3～8日

《変更理由》 ② 検査内容の見直し

P.14	0608	鉄 (Fe) 尿	容器	UM(=U1)	U11
	0614	銅 (Cu) 尿			
P.16	9795	小児eGFR	JLAC10	8A067 -0000-023-919-27	8A065 -0000-023-919-27
	9796	小児eGFRcys		8A068 -0000-023-919-27	8A066 -0000-023-919-27
—	6738	ペントシジン		所要日数	15～20日
			報告形態	総合報告書 小数点第4位	別紙報告