

## < 基準値変更のお知らせ >

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。  
 平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。  
 この度、下記の項目につきまして基準値を変更させて頂きますので、ご案内申し上げます。  
 誠に勝手ではございますが、弊社事情ご賢察のうえ、ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

### 記

実施期日 平成 22年 12月 2日(木) 受付分より

### 検査内容変更項目

項目コード	項目名	変更箇所	新	旧	備考	総合検査案内記載頁
2039	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	検査方法	CLEIA	EIA	測定試薬の変更に伴う検査方法、基準値の変更	61
		基準値	M: 3.7~20.9 $\mu\text{g/L}$ F: 閉経前 2.9~14.5 $\mu\text{g/L}$ 閉経後 3.8~22.6 $\mu\text{g/L}$	M: 13.0~33.9 U/L F: 9.6~35.4 U/L		
036	アミラーゼ (AMY)	基準値	37~125U/L	41~112U/L	基準値の見直しによる変更※1	31

※1 臨床化学検査及び基準範囲の統一化プロジェクトの基準範囲より(日本臨床衛生検査技師会)