

INFORMATION

No. 1705-14

「総合検査案内変更一覧表」

配布のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、2016年6月より2017年5月までの 総合検査案内(Total Information)の変更等の一覧を、別紙のとおり作成致しましたので、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。

敬具

記

□ Information発行期間

- 2016年6月 ~ 2017年5月

□ Contents

- 検査内容変更(1~4:検査方法、基準値 他)
- 新規受託検査項目
- 受託中止検査項目
- 検体検査実施料新規収載

* お問い合わせは当社または担当者までお願いいたします。

株式会社 武蔵臨床検査所

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8

TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659

URL <http://www.e-musashi.co.jp>

内容変更一覧 1 2016年 6月~2017年 5月

INFO No. 変更年月日	コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	案内書 収載頁
1606-13 2016/7/1	4424	抗ミューラー管ホルモン (AMH)	検査法	CLEIA	ELISA	B-6

1607-14 2016/8/1	1070	CA72-4	基準値	8.0 U/mL 以下	6.9 U/mL 以下	C-1
	4534	L-FABP (尿中L型脂肪酸結合蛋白)	検査方法	CLEIA	EIA	記載 なし
			保存方法	冷蔵	凍結	
			報告桁数	小数2位	小数1位	
			報告上限	200,000 ng/mL 以上	∞	
			報告下限	0.50 ng/mL 未満	1.5 ng/mL 未満	
備考	クレアチニン補正值 ($\mu\text{g/g}\cdot\text{Cr}$)および濃度 (ng/mL)をご報告致します。 濃度が0.50ng/mL未満の 場合は、0.50ng/mLを用い てクレアチニン補正し、未満 を付記してご報告致します。	クレアチニン補正值 ($\mu\text{g/g}\cdot\text{Cr}$)および濃度 (ng/mL)をご報告致しま す。濃度が1.5ng/mL未 満の場合は、1.5ng/mL を用いてクレアチニン補 正し、未満を付記してご 報告致します。				

1609-17 2016/10/1	1798	可溶性インターロイキン-2 レセプター(sIL-2R)	基準値	121~613 U/mL	124~466 U/mL	G-2
			報告上限	400,000 U/mL 以上	∞ U/mL	
	2753	リポ蛋白分画《PAG》	報告様式	印字:HDL、IDL、LDL VLDLの各% (別紙報告書添付)	印字:別紙報告 (別紙報告書添付)	A-4

1612-21 2017/1/6	0893	プロカルシトニン	検査方法	CLEIA	ECLIA	記載 なし
1612-21 2017/1/4	0578	HTLV-1抗体《CLEIA》 ⇓ HTLV-1抗体《CLIA》	項目名称	HTLV-1抗体《CLIA》	HTLV-1抗体《CLEIA》	E-2
			検査方法	CLIA	CLEIA	
			基準値	(-)1.00 S/CO 未満	(-)1.0 C.O.I未満	
			報告桁数	小数2位	小数1位	
			単位	S/CO	C.O.I	
1703-05 2017/4/1	0578	HTLV-1抗体《CLIA》	所要日数	1~3日	3~4日(4~6日)	

1702-02 2017/2/24	0882	クロナゼパム	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	D-1
	0695	ニトラゼパム				D-1
	0855	クロバザム				D-1
	2628	アプリンジン				D-2
	2629	塩酸ピルジカイニド				D-2
	2631	プロパフェノン				D-2
	1215	メキシレチン				D-2
	1633	フレカイニド				D-2
	2618	コハク酸シベンゾリン				D-2
	2869	アミオダロン				D-2
	2654	ポリコナゾール				記載 なし
	2661	ラモトリギン				
	2635	ペプリジル				

内容変更一覧 2 2016年 6月~2017年 5月

(2/7)
No. 1705-14

INFO No. 変更年月日	コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	案内書 収載頁
1702-02 2017/2/24	2660	ガバペンチン	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	D-1
			所要日数	4~6日	5~7日	
1703-04 2017/3/27	2723	PSA-ACT	検査方法	CLIA	EIA	C-2
			基準値	3.4 以下 ng/mL	1.1 以下 ng/mL	
	0610	CA15-3	検査方法	CLIA	CLEIA	C-1
			基準値	31.3 以下 U/mL	27.0 以下 U/mL	
	1912	IgG4	検査方法	免疫比濁法	ネフエロメトリー法	記載なし
			基準値	5~117 mg/dL	4~108 mg/dL	
	1813	HBV-DNA定量/ リアルタイムPCR (IU)	報告範囲	検出せず、<1.0+、 1.0~9.1 以上	検出せず、<1.3+、 1.3~8.2 以上	記載なし
			報告内容	LIU/mL (単独のご報告)	LIU/mL、LC/mL (両方のご報告)	
	1805	HCV-RNA定量/ リアルタイムPCR	報告範囲	検出せず、<1.2+、 1.2~8.1 以上	検出せず、<1.2+、 1.2~8.0 以上	E-2
	1703-05 2017/4/1	0709	バゾプレシン (AVP) (抗利尿ホルモン)	基準値	2.8 以下 pg/mL	4.2 以下 pg/mL
報告範囲				0.4 未満~800 以上	0.8 未満~∞	
0728		コルチゾール	検査方法	CLIA	CLEIA	B-4
			基準値	3.7~19.4 μg/dL (午前10時以前)	4.0~19.3 μg/dL (AM8:00~10:00)	
0589		ミオグロビン<血清>	報告範囲	1.0 未満~5980 以上	0.4 未満~∞	F-4
			検査方法	CLIA	ECLIA	
4240		抗糸球体基底膜抗体	基準値	陰性(-) :7.0 U/mL 未満	3.0 U/mL 未満	F-8
			報告範囲	0.5 未満~680.0 以上	2.0 未満~350.0 以上	
1788		抗好中球細胞質抗体 (PR3-ANCA) (C-ANCA)	報告形態	判定/濃度	濃度	F-8
			報告単位	IU/mL	U/mL	
			検査方法	FEIA	CLEIA	
			基準値	陰性(-) :2.0 IU/mL 未満	3.5 U/mL 未満	
1804		抗好中球細胞質ミエロ ペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) (P-ANCA)	報告範囲	0.5 未満~177.0 以上	1.0 未満~350.0 以上	F-8
			報告形態	判定/濃度	濃度	
			検査方法	FEIA	CLEIA	
			基準値	陰性(-) :3.5 IU/mL 未満	3.5 U/mL 未満	
1804		抗好中球細胞質ミエロ ペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) (P-ANCA)	報告範囲	0.5 未満~134.0 以上	1.0 未満~300.0 以上	F-8
			報告単位	IU/mL	U/mL	

INFO No. 変更年月日	コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	案内書 記載頁
1703-05 2017/4/1	0595	馬尿酸	所要日数	5~10日	5~8日	A-13
	1079	メチル馬尿酸	所要日数	5~10日	5~8日	A-13
	1080	マンデル酸	所要日数	5~10日	5~8日	A-13
	1086	マンデル酸(EB)	所要日数	5~10日	5~8日	記載なし
	1081	N-メチルホルムアミド	所要日数	5~10日	5~8日	A-13
	1082	2,5-ヘキサンジオン	所要日数	5~10日	5~8日	A-13
1703-06 2017/4/1	1216	メタネフリン2分画<尿>	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5
	4381	メタネフリン2分画<蓄尿>	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5
			報告成分	・メタネフリン1日量 ・ノルメタネフリン1日量 ・総1日量 ・メタネフリン濃度 ・ノルメタネフリン濃度	・メタネフリン1日量 ・ノルメタネフリン1日量	
	0720	バニルマンデル酸<蓄尿>	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5
			報告成分	・バニルマンデル酸1日量 ・バニルマンデル酸濃度	・バニルマンデル酸1日量	
	0849	バニルマンデル酸 《クレアチニン補正》	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5
			報告成分	・バニルマンデル酸 《クレアチニン補正》 ・バニルマンデル酸濃度 ・クレアチニン値	・バニルマンデル酸 《クレアチニン補正》	
	2511	ホモバニリン酸<蓄尿>	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5
報告成分			・ホモバニリン酸1日量 ・ホモバニリン酸濃度	・ホモバニリン酸1日量		
4532	ホモバニリン酸 《クレアチニン補正》	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5	
		報告成分	・ホモバニリン酸 《クレアチニン補正》 ・ホモバニリン酸濃度 ・クレアチニン値	・ホモバニリン酸 《クレアチニン補正》		
0721	5-ヒドロキシインドール 酢酸(5-HIAA)<蓄尿>	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	B-5	
		報告成分	・5-HIAA1日量 ・5-HIAA濃度	・5-HIAA1日量		
2979	5-ヒドロキシインドール 酢酸(5-HIAA) 《クレアチニン補正》	検査方法	LC/MS/MS	HPLC	記載 なし	
		報告成分	・5-HIAA 《クレアチニン補正》 ・5-HIAA濃度 ・クレアチニン値	・5-HIAA 《クレアチニン補正》		
1703-07 2017/4/3	2633	アセトアミノフェン (薬物検査)	検査方法	EIA	酵素法	D-3
			基準値	中毒域(μg/mL) 200.1以上(4時間) 100.1以上(8時間) 50.1以上(12時間)	中毒域(μg/mL) 200.0以上(4時間後) 50.0以上(12時間後)	
			報告範囲	5.0未満、5.0~999999.9	10.0以下、10.1~999999.9	
			備考欄	アセトアミノフェン、 ピリナジン、ナバ (下線部の削除)	アセトアミノフェン、ピリ ナジン、ナバ、高ビリ ルビン検体、溶血検 体は避けて下さい。	

INFO No. 変更年月日	コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	案内書 収載頁
1703-07 2017/4/3	4467	抗アクアポリン4抗体	基準値	3.0 未満 U/mL	5.0 未満 U/mL	記載 なし
			報告範囲	1.5未満、1.5～39.9、 40.0以上	1.3未満、1.3～74.9、 75.0以上	
	0735	プロゲステロン	基準値	男性 0.2 以下	男性 0.9 以下	B-7 (下表)
				女性 卵胞期 0.3 以下 排卵期 5.7 以下 黄体期 2.1～24.2 閉経後 0.3 以下	女性 卵胞期 0.9 以下 排卵期 2.4 以下 黄体期 1.3～29.6	
				妊娠初期 13.0～51.8 妊娠中期 24.3～82.0 妊娠後期 63.5～174.4	妊娠前期 13.8～51.1 妊娠中期 42.2～128.4 妊娠後期 65.2～221.2	
2864	eGFR	報告桁数	小数1位	小数3位	A-6	
3001～	特異的IgE (IgE-RAST)	報告内容	濃度、クラスのご報告 ※Indexのご報告廃止に伴い「チャート報告書 (アレルギー検索報告書)」のIndex欄の表記 をクラスに変更いたします。	濃度、クラス、 indexのご報告	F-11	

1703-11 2017/4/1	4459	ABC健診<<LA>>	陰性判定 基準	ヘリコバクターピロリ抗体 /LA法:陰性判定基準	ヘリコバクターピロリ抗体 /LA法:陰性判定基準	A-14
	4460	ABCD健診<<LA>>		3以下	10未満	

※「総合検査案内 2016 A-14頁」に記載されている上記項目の検査コードに間違いがありました。

- ・ABC健診<<LA>> (誤/現記載コード)4421 → (正)4459
- ・ABCD健診<<LA>> (誤/現記載コード)4432 → (正)4460

新規受託検査項目一覧 2016年 6月～2017年 5月

(5/7)
No. 1705-14

NO.	INFO No.	開始年月日	コード	検査項目名	採取容器	検体/検体量	検査方法	基準値	所要日数	その他
1	1612-24	2017/1/4	1813	HBV-DNA定量/ リアルタイムPCR(IU)	31	2.0ml (凍結)	リアルタイムPCR	検出せず	4日～6日	単位; L.IU/mL
2	1703-09	2017/4/3	1188	25-OHビタミンD(Total)	A	0.5ml (凍結)	CLIA	設定せず	3日～9日	実施料; 400点

受託中止検査項目一覧 2016年 6月～2017年 5月

NO.	INFO No.	中止年月日	コード	受託中止・検査項目	案内書 収載頁	備考
1	1609-16	2016/9/29	3953	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG)<血漿>	B-6	
2			3954	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG)<尿>	B-6	
3			3955	3-メトキシ-4-ヒドロキシフェニルエチレングリコール(MHPG)<髄液>	B-6	
4	1612-20	2016/12/28	0021	酸フォスファターゼ(ACP)	A-1	
5			0098	前立腺酸フォスファターゼ(PAP)	A-1	
6			3535	特異的IgE ハトのふん	F-13	特異的IgE アレルギー一覧
7	1703-03	2017/3/31	0034	遊離脂肪酸(NEFA)	A-3	
8			0035	総脂質(T-Li)	A-3	
9			1175	エステル型コレステロール(E-Cho)	A-4	
10			0030	コレステロールエステル比(C/E)	記載なし	A-4 (E-Cho) 備考欄
11			0410	PSP	A-12	
12			2663	薬物スクリーニング	D-3	
13			1426	エストロゲン・妊婦	B-6	
14			0729	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	B-4	
15			1217	フィブリンモノマー複合体(FMテスト)	I-3	
16			1807	HBV-DNA定量/リアルタイムPCR	E-2	
17			0879	ポリオ1型《CF》	E-7	
18			0880	ポリオ2型《CF》	E-7	
19			0881	ポリオ3型《CF》	E-7	

通知	適応開始年月日	新設された検査項目	検査方法	実施料	判断区分 [判断料]	区分番号
保医発0531 第1号	H.28.6.1	デングウイルス抗原・抗体 同時測定定性	イムノ クロマト法	233	免疫 [144]	D012 43
<p>[注]</p> <p>ア デングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「43」デングウイルス抗原定性の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ デングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスNS1抗原、IgG抗体及びIgM抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。</p> <p>ウ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、当該患者の集中治療に対応できる下記のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関に入院を要する場合に限り算定できる。</p> <p>(イ) 区分番号「A300」救命救急入院料「1」から「4」までのいずれか</p> <p>(ロ) 区分番号「A301」特定集中治療室管理料「1」から「4」までのいずれか</p> <p>(ハ) 区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料「1」又は「2」のいずれか</p> <p>(ニ) 区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料</p> <p>エ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。</p> <p>(H28.8.1より下記「オ」を追加:保医発0729第4号)</p> <p>オ 「43」のデングウイルス抗原定性と同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。</p>						

保医発0729 第4号	H.28.8.1	25-ヒドロキシビタミンD	化学発光 免疫測定法 (CLIA法)	400	生化学 I [144]	D007 57
<p>[注]</p> <p>ア 25-ヒドロキシビタミンDは、区分番号「D007」血液化学検査の「57」1,25-ジヒドロキシビタミンD3の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、CLIA法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。</p>						

※上記検査項目は、[検査コード:1188]・検査項目名「**25-OHビタミンD(Total)**」で受託しています。

(インフォメーション番号:No. 1703-09をご参照ください。)

保医発0930 第5号	H.28.10.1	抗MDA5抗体	ELISA法	270	免疫 [144]	D014 26
		抗Mi-2抗体				
		抗TIF1- γ 抗体				
<p>[注]</p> <p>ア 抗MDA5抗体、抗Mi-2抗体及び抗TIF1-γ抗体は、区分番号「D014」自己抗体検査の「26」抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ELISA法により測定した場合に算定できる。</p> <p>ウ 本検査と区分番号「D014」自己抗体検査の「9」から「14」まで及び「17」に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらずそれぞれ320点又は490点を算定する。</p>						

保医発1031 第2号	H.28.11.1	百日咳菌核酸検出	LAMP法 (核酸増幅法)	360	微生物 [150]	D023 7
<p>[注]</p> <p>ア 百日咳菌核酸検出は、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「7」HCV核酸検出、HPV核酸検出、HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床診断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる。</p>						

※上記検査項目は、[検査コード:4181]・検査項目名「**百日咳菌核酸検出**」で受託しています。

通知	適応開始 年月日	新設された検査項目	検査 方法	実施料	判断区分 [判断料]	区分番号
保医発1130 第3号	H.28.12.1	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	FISH法 (蛍光in situハイブリダイゼーション法)	3300	血液 [125]	
<p>[注]</p> <p>ア FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査は、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査及び区分番号「D006-3」Major BCR-ABL1の「2」mRNA定量(1以外のもの)の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてFISH法により測定した場合に、原則として1回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要がある、本検査を再度実施した場合にも算定できる。</p> <p>ウ 本検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由、検査結果、診断名、選択した治療法及び本検査を再度実施した場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>						

保医発0131 第3号	H.29.2.1	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)	化学発光 免疫測定法 (CLIA法)	210	尿便 [34]	D001 16
<p>[注]</p> <p>ア 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)は、区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査の「16」L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、CLIA法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時には1回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき3回を限度として算定する。なお、医学的必要性からそれ以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ウ 本検査と区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査の「16」L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。</p>						

保医発0214 第5号	H.29.2.15	PD-L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	免疫組織 化学染色法 (免疫抗体法)	2700	病理 [150]	
<p>[注]</p> <p>ア PD-L1タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製は、区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製の「1」単独の場合の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本標本作製は、抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。</p>						

保医発0331 第10号	H.29.4.1	ヒト精巣上体蛋白4	化学発光 免疫測定法 (CLIA法)	200	生化学Ⅱ [144]	D009 22
<p>[注]</p> <p>ア ヒト精巣上体蛋白4は、区分番号「D009」腫瘍マーカーの「22」CA130の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、区分番号「D009」腫瘍マーカーの注1及び注2の規定に準ずる。</p> <p>ウ 本検査は、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。</p> <p>悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った本検査の費用は区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、本検査は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。</p> <p>エ 本検査は、CLIA法により測定した場合に算定できる。</p>						