

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

この度、下記の検査項目につきまして、測定試薬の変更に伴い検査内容変更をさせていただくことに致しましたのでご案内申し上げます。

ご利用の先生方には何卒ご了承賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

■変更内容及び実施日

【実施日】2025年4月1日(火)ご依頼分より変更

項目コード	検査項目	変更内容	新	現	検査案内掲載ページ
0431	アミラーゼ(AMY)	基準値(U/L)	44~132	37~125	P1
		報告範囲(U/L)	3~99999999	2~99999999	
		下限値	3未満	2未満	
0731	アミラーゼ(AMY) [尿]	報告範囲(U/L)	3~99999999	2~99999999	
		下限値	3未満	2未満	

※検査方法の変更はございません。

以上

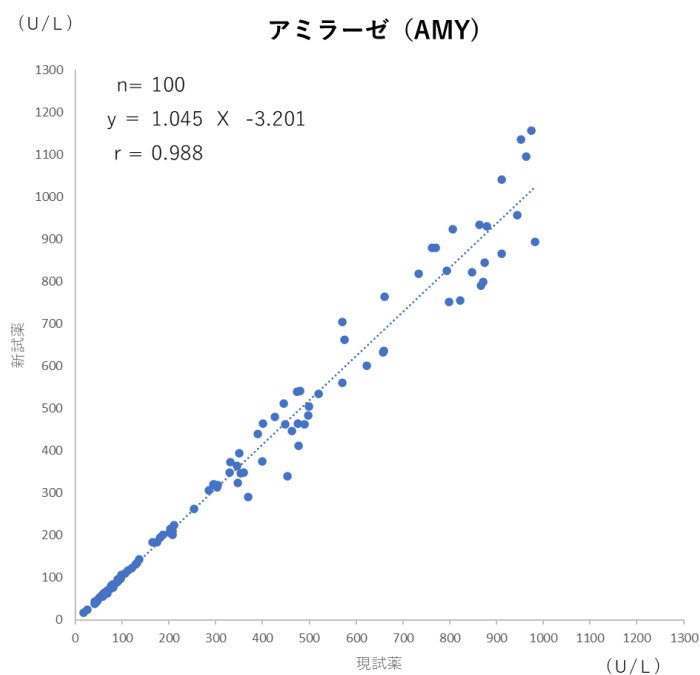
検査のご依頼に関するご不明な点やご要望等につきましては、弊社営業担当、または学術インフォメーションまでお問い合わせ下さい。TEL:075-631-6230

【相関図】

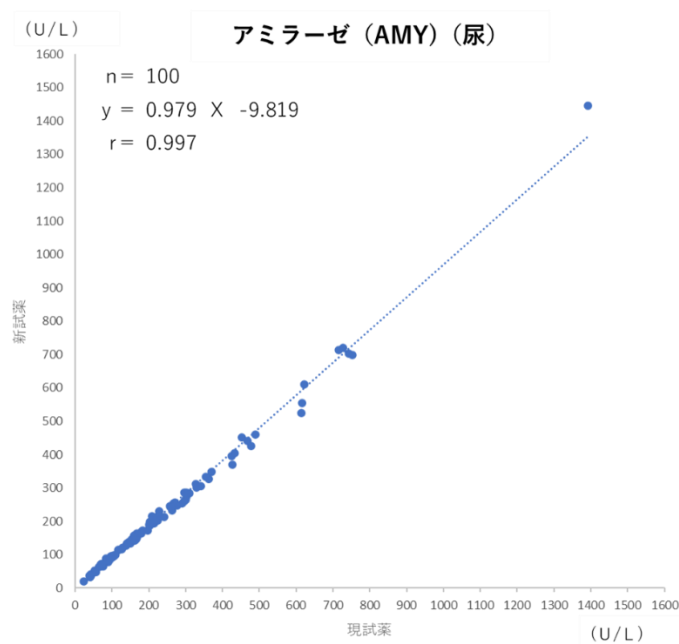
現試薬:シカリキッド-N AMY(Gal-G2-CNP)

新試薬:シカフィット-Z AMY-G7(Et-G7-PNP)

●0431アミラーゼ(AMY)



●0731アミラーゼ(AMY)[尿]



(自社検討資料)