

# INFORMATION

No.2020.17  
2020年9月

## 検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。  
このたび、福岡市で10月・2月に実施している前立腺がん検診におきまして、検査基準値を変更させていただきたく、ご案内いたします。  
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

#### ■ 実施日

2020年10月1日(木) ご依頼分より

#### ■ 変更項目

手引き掲載頁	項目コード	検査項目	基準値(単位)		備考
			2020年度 (新法)	2019年度 (旧法)	
なし	201	PSA(検診)	4.000以下 (ng/mL)	4.0以下 (ng/mL)	試薬変更のため

※報告桁数が小数点第3位までご報告させていただきますのでより細かい検査データの動きが見られます。

※INFORMATION No.2020.04で既にご案内しておりますが、2020年7月25日より203 PSA(前立腺特異抗原)も同様に小数点以下3桁でご報告させていただいております。



一般社団法人

**福岡市医師会臨床検査センター**

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1511

PSA（検診） 2020年度・2019年度比較表		
	2020年度（新法）	2019年度（旧法）
試薬会社	富士レピオ株式会社	ロシュダイアグノスティクス株式会社
試薬キット名	ルミパルスプレストPSA	エクルーシス試薬PSAⅡ
検査方法	CLEIA	ECLIA
単位	ng/mL	ng/mL
基準値	4.000以下	4.0以下
報告日数	翌日	翌日

新法・旧法相関図

