

便中ヒトヘモグロビン（ラテックス凝集法） 報告範囲のお知らせ

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、「INFORMATION No.2025.44便中ヒトヘモグロビン及び
福岡市大腸がん検診の検査法変更に伴う採取容器等変更のお知らせ（その2）
の内容につきままして追加のご案内をいたします。
先生方には大変ご迷惑をおかけしますが、何卒ご了承賜りますよう、
よろしくお願いいたします。

謹白

■ 変更日 2026年4月1日（水）ご依頼分より

■ 対象項目 便中ヒトヘモグロビン（ラテックス凝集法）

検査項目 一覧 掲載頁	項目 コード	検査項目	変更内容	2026年4月1日 （水）ご依頼分より	2026年3月31日 （火）ご依頼分まで
32	8648	便中ヒトヘモグロイン	報告 範囲	便中ヒトヘモグ ロビン	最小値：20 以下 最大値：1000 以上
未掲載	8649	便中ヒトヘモグロビン （2回法）			
未掲載		福岡市大腸がん検診 ※専用依頼書	福岡市大腸がん 検診	変更ありません	最小値：0 最大値：最大値

※ 便中ヒトヘモグロビン（金コロイド凝集法）は変更ございません。

※ 便中ヒトヘモグロビン（ラテックス凝集法）は7月1日（水）より受託はできませんので、ご留意ください。



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