

# INFORMATION

No. 30026

平成30年10月25日

## 検査報告書表記変更のお知らせ

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、お客様のご要望にお応えした検査報告書へと変更することとなりましたので、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。

敬白

### 記

【変更日】 2018年11月2日（金）ご依頼分より

### 【検査項目および変更内容】

セット番号	検査項目	変更内容
S170	胃がんリスク検査 (福岡市胃がんリスク検査)	胃がんリスク層別化検査報告書改訂
S300	ABC分類	



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)852-1510

# ●胃がんリスク層別化検査報告書改訂

ABC判定とコメント記号をより識別しやすくするために、コメント記号表記を変更いたしました。

## <報告書比較例>

### 現報告書

**胃がんリスク層別化検査報告書** 1001-1002 サビコード 1  
090-00-40001-60004

SRL タヨウ 殿 エスアールエル病院 殿  
カルテNo. 0001 男性 53歳 提出医 サトウ 先生  
材料 血清 採取日 10月 1日 科名 内科 入院  
受付日 30年 10月 1日 病棟 2F  
受付No. 000001 報告日 30年 10月 3日 その他 ソノタ

ABC分類の判定は **A群** です

抗ヘリコバクターピロリIgG抗体  
(-) (+)  
ペプシノゲン (-) (+)  
A B  
D C

ピロリ菌の除菌後の方は、E群(除菌群)になります

E

ABC判定と、報告コメントが混同しないよう、報告コメント記号をA・B・C・・・からP・Q・R・・・に変更いたします。

### 新報告書

**胃がんリスク層別化検査報告書** 1106-1107 サビコード 1  
090-00-40001-60004

SRL タヨウ 殿 エスアールエル病院 殿  
カルテNo. 0001 男性 53歳 提出医 サトウ 先生  
材料 血清 採取日 11月 6日 科名 内科 入院  
受付日 30年 11月 6日 病棟 2F  
受付No. 000001 報告日 30年 11月 8日 その他 ソノタ

ABC分類の判定は **A群** です

抗ヘリコバクターピロリIgG抗体  
(-) (+)  
ペプシノゲン (-) (+)  
A B  
D C

ピロリ菌の除菌後の方は、E群(除菌群)になります

E

検査項目	結果	単位	コメント
ペプシノゲン1 (PG1)	50.0	ng/mL	
ペプシノゲン2 (PG2)	10.0	ng/mL	A
ペプシノゲン1/2比	5.0		
ペプシノゲン判定	(-)		

・検査方法：CLEIA

検査項目	結果	単位	コメント
抗ヘリコバクターピロリIgG抗体	3未満	U/mL	B

・検査方法：EIA

抗ヘリコバクターピロリIgG抗体検査が3U/mL以上、10U/mL未満の方は、10U/mL未満の方は、医療機関にご相談ください。

**ABC分類に適さない方**  
胃の病気の治療中の方、胃切除後の方、胃酸を抑える薬を服用中の方、  
けた方は、医療機関にご相談ください。

コメント  
A 検体量不十分のため再検できませんでした  
B 再検済みです

**胃がんリスク層別化検査報告書** 1106-1107 サビコード 1  
090-00-40001-60004

SRL タヨウ 殿 エスアールエル病院 殿  
カルテNo. 0001 男性 53歳 提出医 サトウ 先生  
材料 血清 採取日 11月 6日 科名 内科 入院  
受付日 30年 11月 6日 病棟 2F  
受付No. 000001 報告日 30年 11月 8日 その他 ソノタ

ABC分類の判定は **A群** です

抗ヘリコバクターピロリIgG抗体  
(-) (+)  
ペプシノゲン (-) (+)  
A B  
D C

ピロリ菌の除菌後の方は、E群(除菌群)になります

E

検査項目	結果	単位	コメント	判定基準
ペプシノゲン1 (PG1)	50.0	ng/mL		3+ : PG1 30ng/mL以下 かつ 1/2比2.0以下
ペプシノゲン2 (PG2)	10.0	ng/mL	P	2+ : PG1 50ng/mL以下 かつ 1/2比3.0以下
ペプシノゲン1/2比	5.0			1+ : PG1 70ng/mL以下 かつ 1/2比3.0以下
ペプシノゲン判定	(-)			- : 上記以外

・検査方法：CLEIA

検査項目	結果	単位	コメント	判定基準
抗ヘリコバクターピロリIgG抗体	3未満	U/mL	Q	3未満 (-)

・検査方法：EIA

抗ヘリコバクターピロリIgG抗体検査が3U/mL以上、10U/mL未満の方は、他のヘリコバクターピロリ検査の実施を医療機関にご相談ください。

**ABC分類に適さない方**  
胃の病気の治療中の方、胃切除後の方、胃酸を抑える薬を服用中の方、腎不全の方、ピロリ菌の除菌治療を受けた方は、医療機関にご相談ください。

コメント  
P 検体量不十分のため再検できませんでした  
Q 再検済みです