

## 検査報告形態変更のお知らせ

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、リンパ球表面マーカー検査及び Th1/Th2 (IFN- $\gamma$  × IL-4/CD4)につきまして、報告内容を充実させることを目的とし、弊社報告書と併せて委託先からの別紙報告書(見本添付)を報告させて頂くこととさせていただきます。

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

2022年9月1日(木)ご報告分より

| 項目コード | 検査項目                               | 検査案内記載ページ | 変更内容 | 新                     | 現     |
|-------|------------------------------------|-----------|------|-----------------------|-------|
| 複数あり  | リンパ球表面マーカー検査                       | P63       | 報告形態 | 弊社報告書<br>及び<br>委託先報告書 | 弊社報告書 |
| 3306  | Th1/Th2 (IFN- $\gamma$ × IL-4/CD4) | 未掲載       |      |                       |       |

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



<委託先報告書見本>

**リンパ球表面マーカー自動解析報告書**

メーカーコード : 治療区分 : XXXX-XXXX-001  
 メーカー名 : XXXX-XX-XXXX-87553

1/1ページ

|     |           |      |            |              |    |
|-----|-----------|------|------------|--------------|----|
| 氏名  | SRL ㏍㏍    |      | 院          | ソウゴウマスターカンリブ |    |
| 性別  | F         | 年齢   | カルテNo      | 提出医          | 先生 |
| 採取日 | XX年XX月XX日 | 材料   | ゼンケツ       | 科名           |    |
| 受付日 | XX年XX月XX日 | 受付No | XXXXXXXX   | 病棟           |    |
| 報告日 | XX年XX月XX日 | 検査No | XXXXXXXXXX | その他No        |    |

| 検査項目              | 結果   | コメント | No | 単位 | 基準値       | 低 | 基準域 | 高 | 反応性             |
|-------------------|------|------|----|----|-----------|---|-----|---|-----------------|
| CD3               | 76.9 |      |    | %  | 58.0-84.0 |   | *   | * | 成熟T細胞           |
| CD4               | 40.4 |      |    | %  | 25.0-54.0 |   | *   | * | ヘルパー/インデューサーT細胞 |
| CD8               | 38.7 |      |    | %  | 23.0-56.0 |   | *   | * | サブレッサー/細胞障害性T細胞 |
| CD4/CD8比          | 1.04 |      |    |    | 0.40-2.30 |   | *   | * |                 |
| HLA-DR            | 30.3 |      |    | %  | 11.0-46.0 |   | *   | * | B細胞・活性化T細胞・単球   |
| CD57/CD16         |      |      |    |    |           |   |     |   |                 |
| CD57 (-) CD16 (+) | 2.5  |      |    | %  | 1.0-15.0  |   | *   | * | NK活性++          |
| CD57 (-) CD16 (-) | 51.9 |      |    | %  | 49.0-87.0 |   | *   | * |                 |
| CD57 (+) CD16 (-) | 9.5  |      |    | %  | 2.0-40.0  |   | *   | * | NK活性+-          |
| CD57 (+) CD16 (+) | 36.1 |      |    | %  | 2.0-27.0  |   | *   | * | NK活性+           |

コメント

医療機関専用問い合わせ先(データインフォメーション)  
 ☎ (042) 646-5911

検査責任者 和田 かおり

株式会社 エスアールエル  
 八王子市 東京都八王子市小宮町5丁目番地

<委託先報告書見本>

| SRIL<br>Communication for Health          |      | 検査報告書             |      | 0715-0720 サービスコード        | 1   |
|---|------|-------------------|------|--------------------------|-----|
|   |      |                   |      | 100-00-00100-19406       |     |
| SRL 病院 殿                                  |      | 提出医 ススキ 先生        |      |                          |     |
| 科名  |      | 病棟                |      |                          |     |
|   |      | その他               |      |                          |     |
| エスアールエル タロウ 殿 男性                          |      | 採取日 07 月 01 日     |      | 受付No 000001              |     |
| カルテNo 1234567                             |      |                   |      |                          |     |
| 材料 01 全血                                  |      |                   |      |                          |     |
|   |      |                   |      | 受付日 04 年 07 月 15 日       |     |
|   |      |                   |      | 報告日 04 年 07 月 21 日       |     |
| 検査項目                                      | 結果   | 材料No              | コメント | 単位                       | 基準値 |
| Th1/Th2 (IFN- $\gamma$ $\times$ IL-4/CD4) |      | 01                | &1   |                          |     |
| Th1:IFN $\gamma$ +/IL4-                   | 13.9 |                   |      | %                        |     |
| Th2:IFN $\gamma$ -/IL4+                   | 4.6  |                   |      | %                        |     |
| Th0:IFN $\gamma$ +/IL4+                   | 0.9  |                   |      | %                        |     |
| :IFN $\gamma$ -/IL4-                      | 80.7 |                   |      | %                        |     |
| Th1/Th2 (CD4)比                            | 3.0  |                   |      |                          |     |
| ご報告は 完了です                                 |      |                   |      |                          |     |
| 医療機関専用問い合わせ先 (データインフォメーション)               |      |                   |      |                          |     |
| TEL: 03-6837-6344 検査責任者 和田 かおり            |      |                   |      |                          |     |
|   |      | SRIL 株式会社 エスアールエル |      | 〒187-0001 東京都八王子市小宮町51番地 |     |
|   |      | 八王子ラボ             |      | 13786-1211-05-H101       |     |

