

令和4年7月1日

病・医院長 様
施設長 様

気仙沼市医師会臨床検査センター
(公印省略)

血液像（白血球像）機械法について

日頃当臨床検査センターをご利用いただき誠に有難うございます。

さて、標記の検査項目につきまして、下記の通り検査方法が変更となる場合がございますので、ご了承くださいます様、宜しくお願い申し上げます。

つきましては、下記の変更内容をご確認ください。

記

◆変更内容

1. 理由：機械法にて幼若細胞、異型リンパ球、異常リンパ球等の異常細胞を検知した場合
2. 検査方法：鏡検法実施 ※機械法の報告はありません
3. 報告：下表の通り

機械法（5分類）		鏡検法（6分類）	
項目名	基準値	項目名	基準値
好中球（N e u）	34.6～71.4 %	桿状核球（S t）	0～21.5 %
リンパ球（L y m）	19.6～52.7 %	分葉核球（S e g）	24.8～62.3 %
単球（M o n）	2.4～11.8 %	リンパ球（L y m）	19.6～52.7 %
好酸球（E o s）	0～7.8 %	単球（M o n）	2.4～11.8 %
好塩基球（B a s）	0～1.8 %	好酸球（E o s）	0～7.8 %
		好塩基球（B a s）	0～1.8 %

4. 料 金：機械法（15点×契約料率） → 鏡検法（25点×契約料率）