

2020 年 4 月
No.20-060a(全)※1

「胃がんリスク層別化検査報告書」 印字内容一部改訂のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、本年 3 月 31 日受付日分から改訂いたしました「胃がんリスク層別化検査報告書」の一部印字内容を改訂(一部記載内容誤り)させていただきます。

不手際をお詫びするとともに訂正のご案内をさせて頂きますので、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

■ 対象検査報告書／改訂内容

● 胃がんリスク層別化検査報告書

胃がんリスク層別化検査			
受診者名	様	年齢	性別
科名	消化器科	誕生日	年 月 日
医療機関	参考ID	受付日	年 月 日
年齢	年 月 日	年齢	年 月 日
A B C D 分類判定結果 *** あなたの胃の状態 ***			
A群 健康な胃	B群 少し萎った胃	C群 萎った胃	D群 かなり萎った胃
ABCD分類判定対象外 E群 (障害群) 【アレルギー・アトピー・幽門螺旋菌陽性・胃炎・胃潰瘍・胃癌・胃粘膜病変】などに内因的特徴を有する症例。			
コメント			

① ベプシノゲン / ヘリコバクター・ピロリの判定結果

検査項目	検査項目	判定	測定値
ペプシノゲン	① ヘリコバクター・ピロリ抗体(LA)		U/mL
	測定基準(陽性)	4U/mL未満	

② ベプシノゲン / ヘリコバクター・ピロリの判定結果

検査項目	測定値	判定	測定値
ペプシノゲン	70ng/ml以下	判定基準(陽性)	4U/mL以上
ペプシノゲン1	ng/ml		
ペプシノゲン2	ng/ml		
ペプシノゲン1 / ペプシノゲン2 比	1.0		
判定基準(陽性)	ペプシノゲン1 : 70ng/ml以下かつペプシノゲン1/2比 : 3.0以下		

医療機関
検査実施施設
株式会社LSIメディエンス インフォメーション
販売部電話 - 010-5904-2111

① 赤枠の箇所(基準値 → 判定基準(陽性)に変更します。

検査項目	判定	測定値
ヘリコバクター・ピロリ抗体(LA)		U/mL
基準値	4U/mL未満	



検査項目	判定	測定値
ヘリコバクター・ピロリ抗体(LA)		U/mL
判定基準(陽性)	4U/mL以上	

② 赤枠の箇所(基準値 → 判定基準(陽性)に変更します。

判定基準(基準値)



判定基準(陽性)

■ 変更期日

● 2020 年 4 月 27 日(月)ご報告分より

以上