

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗 NAE 抗体	血清 500 μ L	-10°C以下 (4 週間)	30 営業日	Western blotting 法	-	-

基準値

S/N 値が 8.0 未満

判定基準

- 陽性
S/N 値が 8.0 以上
- 陰性
S/N 値が 8.0 未満

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10°C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

米田 誠 他、78(8),969-976,2021.

備考

特に注意を要する事項はありません。

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗ガングリオニックアセチルコリン受容体抗体 (抗 gAChR 抗体)	血清 500 μ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (8 週間)	25 営業日	LIPS 法	-	-

基準値

陰性

判定基準

1. 陽性

血清中の抗 gAChR α 3 サブユニット抗体 (α 3Ab)、抗 gAChR β 4 サブユニット抗体 (β 4Ab) を測定し、 α 3Ab は 0.585 以上 (活性比)、 β 4Ab は 1.434 以上 (活性比) の場合を陽性とします。

2. 陰性

血清中の抗 gAChR α 3 サブユニット抗体 (α 3Ab)、抗 gAChR β 4 サブユニット抗体 (β 4Ab) を測定し、 α 3Ab は 0.585 未満 (活性比)、 β 4Ab は 1.434 未満 (活性比) の場合を陰性とします。

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500~3500rpm で 10~30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C 以下の保存条件にて保存してください。

検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

1. 検体 ID
2. 性別
3. 年齢
4. 検体の種類
5. 検体採取年月日
6. 検査依頼項目
7. 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

無し

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗アクアポリン 4 抗体 (Live CBA 法)	血清 500 μ L 又は 髄液 500 μ L	-10°C以下 (4 週間)	15 営業日	Cell-based assay 法	-	-

基準値

陰性

判定基準

- 陽性
アクアポリン 4 発現 HEK293 細胞を播種したウェルにおいて、顆粒状に染色されている細胞が認められた場合を陽性とします。
- 陰性
顆粒状に染色されている細胞が認められなかった場合を陰性とします。

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

髄液の場合は、汎用の採取器を用い、髄液を採取し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

保存日数は採取日 を基準とし、凍結状態での安定性です。

検体提出条件

採取後、-10°C以下の保存条件にて保存された検体をご提出ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

Takahashi T, et al. *Tohoku J Exp Med.* 2006; 210(4): 307-13.

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL:03-5802-5971 FAX:03-5802-5974



検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗 MOG 抗体 (Live CBA 法)	血清 500 μ L 又は 髄液 500 μ L	-10°C以下 (4 週間)	15 営業日	Cell-based assay 法	-	-

基準値

陰性

判定基準

- 陽性
MOG 発現 HEK293 細胞を播種したウェルにおいて、顆粒状に染色されている細胞が認められた場合を陽性とします。
- 陰性
顆粒状に染色されている細胞が認められなかった場合を陰性とします。

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

髄液の場合は、汎用の採取器を用い、髄液を採取し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

保存日数は採取日を基準とし、凍結状態での安定性です。

検体提出条件

採取後、-10°C以下の保存条件にて保存された検体をご提出ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

高橋 利幸・他 医学と薬学 78(3) 289-292,2021

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL:03-5802-5971 FAX:03-5802-5974

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗 LGI1 抗体	血清 500 μ L 又は 髄液 500 μ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (8週間)	15 営業日	IIF 法	-	-
抗 CASPR2 抗体						

基準値

陰性

判定基準

- 陽性
陽性細胞が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められ、且つ陰性細胞(EU90)が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陽性とします。
- 陰性
陽性細胞が固定されたウェル及び陰性細胞(EU90)が固定されたウェルのいずれにおいても、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陰性とします。

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で10～30分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

髄液の場合は、汎用の採取器を用い、髄液を採取し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

保存日数は採血日を基準とし、凍結状態での安定性です。

検体提出条件

採取後、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

無し

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL:03-5802-5971 FAX:03-5802-5974

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗シグナル認識粒子 抗体(抗 SRP 抗体)	血清 500 μ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (4 週間)	15 営業日	ELISA 法	-	-

基準値

1.0IU/mL 未満

判定基準

- 陽性
1.0IU/mL 以上
- 陰性
1.0IU/mL 未満

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

Ikemoto K, et al. Medical Science Digest Vol 42(8), 2016: 37-40.

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル
TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974

検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗ヒドロキシメチルグルタ リル CoA レダクターゼ 抗体(抗 HMGCR 抗体)	血清 500 μ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (4週間)	15 営業日	ELISA 法	-	-

基準値

1.0IU/mL 未満

判定基準

- 陽性
1.0IU/mL 以上
- 陰性
1.0IU/mL 未満

緊急報告を行う検査値の範囲

無し

検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

検体搬送に要する時間

4 日以内

検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

参考文献

Ikemoto K, et al. Medical Science Digest Vol 42(8), 2016: 37-40.

備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974