

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより, 適宜電話連絡を省略することがあります.

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
血液	白血球数	!H 20,000 / μ L 超	100,000 / μ L 超
		!L 1,000 / μ L 未満	
	ヘモグロビン	!L 5.0 g/dL 未満	5.0 g/dL 未満 外来患者で, 前回より30% 以上の低下 入院患者で, 前回より40% 以上の低下
	ヘマトクリット	!H 60.0% 超	5.0% 未満
	MCV	!H 140.0 fL 超	
		!L 50.0 fL 未満	
	MCH	!H 40.0 pg 超	
!L 20.0 pg 未満			
MCHC	!H 40.0 g/dL 超		
	!L 25.0 g/dL 未満		
血小板数	!H 1,500,000 / μ L 超	30,000 / μ L 未満	
	!L 50,000 / μ L 未満		
血液像(白血球分類)(鏡検法)	!H 異常細胞を認めた場合	異常細胞を認めた場合	
凝固	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	!H 100 秒 超	200 秒 超
	プロトロンビン時間(PT)	!H PT-INR 4.00 超	PT-INR 6.00 超
		!L 活性 30% 未満	
	フィブリノゲン	!L 100 mg/dL 未満	50 mg/dL 未満
	FDP(フィブリン・フィブリノゲン分解産物)	!H 80.0 μ g/mL 超	150.0 μ g/mL 超
	D-Dダイマー(FDP Dダイマー)	!H 60.0 μ g/mL 超	100.0 μ g/mL 超
	アンチトロンビン	!L 20% 未満	
トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	!H 100 ng/mL 超		
出血時間	!H 10 分 以上	10 分 以上	

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回数と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
生化学	クレアチンキナーゼ(CK)	!H 5,000 U/L 以上	初検 5,000 U/L 以上 今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	AST(GOT)	!H 500 U/L 以上	外来患者で、初検 1,000 U/L 以上 外来患者で、今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	ALT(GPT)	!H 500 U/L 以上	外来患者で、初検 1,000 U/L 以上 外来患者で、今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	LD(乳酸脱水素酵素)	!H 1,000 U/L 以上	外来患者で、初検 2,000 U/L 以上 外来患者で、今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	γ-GT(γ-グルタミルトランスペプチダーゼ)	!H 500 U/L 以上	外来患者で、初検 1,000 U/L 以上 外来患者で、今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	アミラーゼ	!H 1,000 U/L 以上	外来患者で、初検 1,000 U/L 以上 外来患者で、今回値 ≥ 前回値 + 1,000 U/L
	クレアチニン	!H 5.00 mg/dL 以上	初検 5.00 mg/dL 以上 今回値 5.00 mg/dL 以上 かつ 前回値 4.50 mg/dL 未満 今回値 10.00 mg/dL 以上 かつ 前回値 9.00 mg/dL 未満
	グルコース	!H 400 mg/dL 以上 !L 40 mg/dL 以下	初検 400 mg/dL 以上 初検 40 mg/dL 未満 今回値 400 mg/dL 以上 かつ 前回値 200 mg/dL 未満 今回値 40 mg/dL 以下 かつ 前回値 41 mg/dL 以上
	ナトリウム(Na)	!H 160 mmol/L 以上 !L 120 mmol/L 以下	初検 170 mmol/L 以上 初検 110 mmol/L 以下 今回値 170 mmol/L 以上 かつ 今回値 > 前回値 + 5 mmol/L 今回値 110 mmol/L 以下 かつ 今回値 < 前回値 - 5 mmol/L
	カリウム(K)	!H 6.0 mmol/L 以上 !L 2.5 mmol/L 以下	初検 6.0 mmol/L 以上 初検 2.5 mmol/L 以下 今回値 6.0 mmol/L 以上 かつ 今回値 > 前回値 + 0.5 mmol/L 今回値 2.5 mmol/L 以下 かつ 今回値 < 前回値 - 0.4 mmol/L
	マグネシウム(Mg)	!H 6.1 mg/dL 以上	初検 6.1 mg/dL 以上 今回値 6.1 mg/dL 以上 かつ 今回値 > 前回値 + 1.2 mg/dL
	カルシウム(Ca)	!H 12.0 mg/dL 以上 !L 6.0 mg/dL 以下	初検 12.0 mg/dL 以上 初検 6.0 mg/dL 以下 今回値 12.0 mg/dL 以上 かつ 今回値 > 前回値 + 1.0 mg/dL 今回値 6.0 mg/dL 以下 かつ 今回値 < 前回値 - 0.5 mg/dL
内分泌	コルチゾール		初検 3.00 μg/dL 未満 今回値 3.00 μg/dL 未満 かつ 前回値 5.00 μg/dL 以上
免疫	HIV-1+2抗体・p24抗原		陽性の場合

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
血糖 HbA1c	グルコース [血漿]	!H 600 mg/dL 超 !L 30 mg/dL 未満	30 mg/dL 未満
	グリコヘモグロビン分画	!H NGSP値 15.0% 超	NGSP値 15.0% 超
	50gブドウ糖負荷試験(50gGCT) 〔負荷試験〕	!H 600 mg/dL 超 !L 30 mg/dL 未満	30 mg/dL 未満
	尿一般	沈渣 [随時尿]	
一般検査	細胞数 [髄液]	!H 細胞数 1,000 / μ L 以上	
	細胞種類 [髄液]	H 鏡検時に異常細胞を認めた場合	
	細胞種類 [腹水]	H 鏡検時に異常細胞を認めた場合	
	細胞種類 [胸水]	H 鏡検時に異常細胞を認めた場合	
	細胞種類 [気管支・肺胞洗浄液]	H 鏡検時に異常細胞を認めた場合	
	細胞種類 [他材料]	H 鏡検時に異常細胞を認めた場合	
輸血検査	直接Coombs試験(直接クームス試験)		新生児で陽性の場合
	不規則性抗体		赤血球製剤オーダー時における自己抗体陽性の場合
	HLAタイピング (レシピエント)		臓器移植症例において、ドナー候補者がレシピエントの保有するハプロタイプのコホモ接合である場合
	HLAタイピング (ドナー)		臓器移植症例において、ドナー候補者がレシピエントの保有するハプロタイプのコホモ接合である場合
	リンパ球交差適合試験 (レシピエント)		陽性の場合HLA抗体検査, ドナーとレシピエントのHLAタイピング結果とあわせて, オーダー医師あるいは移植コーディネーターに電話連絡
	リンパ球交差適合試験 (ドナー)		陽性の場合HLA抗体検査, ドナーとレシピエントのHLAタイピング結果とあわせて, オーダー医師あるいは移植コーディネーターに電話連絡

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
TDM 抗てんかん薬	カルバマゼピン		12.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
	エトサクシミド		120.0 $\mu\text{g/mL}$ 以上 (外注)
	フェノバルビタール		40.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
	フェニトイン		20.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
	プリミドン		15.0 $\mu\text{g/mL}$ 以上 (外注)
	バルプロ酸		120.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
	ゾニサミド		50.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合 (外注)
TDM 向精神薬	リチウム(Li)		2.00 mmol/L 以上
TDM 強心薬	ジゴキシン		1.5 ng/mL を超えた場合
	ジゴキシン急速飽和		1.5 ng/mL を超えた場合
TDM 気管支拡張薬	テオフィリン		20.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
TDM 抗菌薬 抗真菌薬	バンコマイシン(VCM)		30.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合(透析患者は該当せず)
	テイコプラニン(TEIC)		40.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
	アミカシン(AMK)		4.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合(トラフ値)
	トブラマイシン(TOB)		2.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合(トラフ値)
	ゲンタマイシン(GM)		2.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合(トラフ値)
	アルベカシン		2.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合(トラフ値)(外注)
	ポリコナゾール		5.0 $\mu\text{g/mL}$ を超えた場合
TDM 免疫抑制薬	タクロリムス		20.0 ng/mL を超えた場合

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
微生物	エンドトキシン	1,000 pg/mL 以上	
	塗抹鏡検(一般細菌)	脳脊髄液で菌体が認められたもの	
	塗抹鏡検(抗酸菌)	当院での検査が初回で±, 1+, 2+, 3+のとき	
	培養同定(一般細菌)	血液および脳脊髄液に発育が認められた場合. 感染症法1類から4類の病原体が同定された場合.	
	抗酸菌培養	脳脊髄液, 血液検体からの抗酸菌の検出	
	抗酸菌同定	当院での同定検査が初回でTB complex	
	核酸同定(抗酸菌群)	当院での同定検査が初回でTB complex	
	薬剤感受性検査(一般細菌)	感染症法1類から4類の病原体が同定された場合.	
	薬剤感受性検査(抗酸菌)	多剤耐性結核菌	
	ノロウイルス		陽性の場合, ICTへ電話連絡

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回数と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
生理 心電図	携帯型心電図検査	心肺停止 心室細動 心室頻拍 急性冠症候群 その他、患者容態急変時	
	標準12誘導心電図	心肺停止 心室細動 心室頻拍 急性冠症候群 その他、患者容態急変時	心肺停止、心室細動、心室頻拍、急性冠症候群 狭心症 高度頻脈(上室性頻拍)、高度徐脈・休止(房室ブロック、洞停止) 初回の心房細動・心房粗動・心室性期外収縮10連以上・左脚ブロック・完全房室ブロック 高度なQT延長、ペースメーカー不全 前回との著明な波形変化 患者容態急変時
	ホルター型心電図検査	心肺停止 心室細動 心室頻拍 急性冠症候群	履歴なしの休止(洞調律時5秒以上、心房細動時5秒以上) 心室頻拍(10連以上) 完全房室ブロック 初回指摘の心房細動・心房粗動 虚血を疑うST変化
	ホルター型心電図検査 (外部委託)	心肺停止 心室細動 心室頻拍 急性冠症候群	履歴なしの休止(洞調律時5秒以上、心房細動時5秒以上) 心室頻拍(10連以上) 完全房室ブロック 初回指摘の心房細動・心房粗動 虚血を疑うST変化
	マスター2段階負荷試験	心肺停止 心室細動 心室頻拍 急性冠症候群 その他、患者容態急変時	心肺停止、心室細動、心室頻拍、急性冠症候群 狭心症 高度頻脈(上室性頻拍)、高度徐脈・休止(房室ブロック、洞停止) 初回の心房細動・心房粗動・心室性期外収縮10連以上・左脚ブロック・完全房室ブロック 高度なQT延長、ペースメーカー不全 前回との著明な波形変化 患者容態急変時

電子カルテ端末で表示される色です

↓

※ 前回値と比較などにより、適宜電話連絡を省略することがあります。

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
生理 運動負荷	トレッドミル負荷心機能検査	心室細動、心室頻拍、その他危篤な不整脈 急性冠症候群	心室細動、心室頻拍、その他重篤な不整脈 急性冠症候群
	エルゴメーター負荷心機能検査	心室細動、心室頻拍、その他危篤な不整脈 急性冠症候群	心室細動、心室頻拍、その他重篤な不整脈 急性冠症候群
	心肺運動負荷試験(CPX, トレッドミル)	心室細動、心室頻拍、その他危篤な不整脈 急性冠症候群	心室細動、心室頻拍、その他重篤な不整脈 急性冠症候群
	心肺運動負荷試験(CPX, エルゴメーター)	心室細動、心室頻拍、その他危篤な不整脈 急性冠症候群	心室細動、心室頻拍、その他重篤な不整脈 急性冠症候群
生理 脳波	脳波検査	大発作が起きた場合	大発作 初回またはNCSE疑いでのRDA・PDs
	脳波検査(出張)	大発作が起きた場合	大発作 初回またはNCSE疑いでのRDA・PDs
	睡眠脳波検査	大発作が起きた場合	大発作 初回またはNCSE疑いでのRDA・PDs
生理 心臓超音波	心臓超音波検査	心破裂 心タンポナーデ 未知の動脈解離 未知の心臓血管内異常構造物(疣贅, 血栓, 腫瘍) 未知の重度の弁狭窄および逆流 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	経食道心臓超音波検査	心破裂 心タンポナーデ 未知の動脈解離 未知の心臓血管内異常構造物(疣贅, 血栓, 腫瘍) 未知の重度の弁狭窄および逆流 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合

電子カルテ端末で表示される色です

※ 前回値と比較などにより, 適宜電話連絡を省略することがあります.

※ 時間外検査室では電話連絡を行いません

↓

検査	項目名	緊急異常値	電話連絡対応基準
生理 血管超音波	血管超音波検査(胸腹部)	未知の可動性plaque 急性動脈閉塞 未知の動脈瘤 未知の動脈解離 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	血管超音波検査(頸動脈)	未知の可動性plaque 急性動脈閉塞 未知の動脈瘤 未知の動脈解離 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	血管超音波検査(下肢動脈)	未知の可動性plaque 急性動脈閉塞 未知の動脈瘤 未知の動脈解離 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	血管超音波検査(下肢静脈)	未知の下大静脈～膝窩静脈の間の深部静脈血栓症 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	血管超音波検査(簡易下肢静脈経過観察用)	未知の下大静脈～膝窩静脈の間の深部静脈血栓症 前回検査所見からの著明な増悪変化	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
生理 腹部超音波	腹部超音波検査	緊急処置, 加療, 精査を必要とする想定外(未知)の所見 腹部動脈瘤の切迫破裂, 乖離性動脈瘤 悪性腫瘍(新規指摘) イレウス 急性虫垂炎, 急性膵炎, 急性胆嚢炎, 急性胆管炎 上腸間膜動脈閉塞などの急性の脈管閉塞 尿管結石, 卵巣捻転, 子宮留膿腫 症状を伴う腹水 著明な病態の増悪変化(腫瘍が著明に増大した場合など)	スーパーバイザーの判断により必要とされる場合
	造影超音波検査		スーパーバイザーの判断により必要とされる場合