

XXXX 年 XX 月 XX 日

〒XXX-XXXX
XXXXXX 住所 XXXXXX
〇〇 〇〇 様
(献血 CD:XX-XXXXXXXX)

日本赤十字社
北海道ブロック血液センター
所長 〇〇 〇〇

E型肝炎ウイルス検査結果のお知らせ

先日は献血にご協力をいただきましてありがとうございました。

さて、血液センターでは、献血していただいた血液について、輸血の安全性を確保するため各種の検査を行っています。その結果、〇〇様がE型肝炎ウイルス(HEV)に現在感染している可能性があることがわかりました(E型肝炎ウイルスについては別紙をご覧ください)。体調がすぐれない場合は、同封の紹介状と健康保険証をお持ちになって、病院(消化器内科または内科)を受診されることをお勧めします。また、肝疾患に関する専門医療機関一覧(北海道)を添付しましたので受診の参考にして下さい。なお、保険適応外の HEV 検査(HEV 遺伝子検査と IgM/IgG 抗体検査)に関しましては当血液センターが無料で実施協力できますので、主治医の先生にご相談ください。それ以外の診察料や検査費用(血液検査等)等はご自身のご負担となります。

また、血液センターではE型肝炎の感染経路の解明に役立てるため、過去2ヶ月以内の食べ物などについて別添のアンケート調査を実施していますので、ぜひともご協力をよろしくお願い致します(同封の返信用封筒で送付願います)。ご協力いただいたアンケート結果は、E型肝炎の調査にのみ役立てられ、皆様の個人を特定できる情報(お名前・生年月日・ご住所等)が他に提供されることは一切ありませんのでご安心ください。

なお、輸血の安全性を確保するため、しばらくの間は献血されても血液は輸血に使用できません。XXXX 年 XX 月 XX 日からはまた献血できるようになりますので、これまで同様ご協力を宜しくお願い致します。

上記の内容に関してご不明な点がございましたら下記の相談窓口までお電話下さい。

以上

<検査結果>

献血日: XXXX 年 XX 月 XX 日
採血番号: XX-XXXX-XXXX
ALT: XX IU/L(標準値 5-45 IU/L)
γ-GTP: XX IU/L(標準値 10-65 IU/L)
HEV RNA: 陽性

【電話相談窓口】

日本赤十字社北海道ブロック血液センター品質部
問い合わせ専用電話 011-622-6206 (受付時間 土日祝日を除く 9:00~12:00/13:00~17:00)