

○血液型判定用抗体に係る検査命令の一部追加について

(平成八年四月一六日)

(薬発第四三〇号)

(各都道府県知事あて厚生省薬務局長通知)

血液型判定用抗体については平成六年六月二四日薬発第五七九号(以下「局長通知」とい  
う。)により検査を受けるべきことを命じているところであるが、今般ゲルカラム遠心凝集法  
血液型判定用抗体及びビーズカラム遠心凝集法血液型判定用抗体が、平成八年四月一六日厚生  
省告示第一二五号をもって血液型判定用抗体基準に追加されたことに伴い、局長通知を左記の  
とおり取扱うこととしたので関係各方面に周知徹底され、実施に当たって遺漏のなきよう御配  
慮願いたい。

記

一 検査対象品目及び検査対象業者

(一) 検査対象品目

抗ヒトグロブリン抗体(多特異性抗体)の次に「ゲルカラム遠心凝集法血液型判定用抗  
体」及び「ビーズカラム遠心凝集法血液型判定用抗体」を加える。

二 検査の実施方法について

(二) その他の運用事項について

ア 検査項目

抗ヒトグロブリン抗体(多特異性抗体) 特異性試験、力価試験 の次に「ゲルカラム  
遠心凝集法血液型判定用抗体 特異性試験、力価試験」及び「ビーズカラム遠心凝集法  
血液型判定用抗体 特異性試験、力価試験」を加える。