

様式7

千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究費申請に係る

医 師 の 診 断 書

(新 規 ・ 継 続)

患 者 氏 名		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生
住 所	〒				
該当の病名に○印を付してください。 ① 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症 ⑦ 第Ⅹ因子(スチューアート・プラウア)欠乏症 ② 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症 ⑧ 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症 ③ 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症 ⑨ 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症 ④ 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症 ⑩ 第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症 ⑤ 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A) ⑪ von Willebrand(フォン・ヴィルブランド)病 ⑥ 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)					
診断確定年月日	年 月 日	初 診 年 月 日	年 月 日		
診 断 事 項	1. 症 状				
	2. 検 査 所 見 (欠乏している凝固因子活性の検査結果等を記入してください。)				
	3. 治 療 方 法				
上記のとおり診断する。 医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 主治医の氏名 年 月 日 ㊞					

注1. この診断書は医療機関における主治医が記入してください。

注2. 現在の症状がない場合又は検査を実施していない場合は、過去の検査所見を記入してください。