

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	〒				
<p>該当の病名に○印を付してください。</p> <p>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)</p>					
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				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 所在地 電話番号 主治医の氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>					

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。