

様式 2

診 断 書				
患 者	氏 名		男 ・ 女	年 月 日 (歳)
	住 所			
疾 患	1	第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症	8	第Ⅺ因子(P T A)欠乏症
	2	第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症	9	第Ⅻ因子(ヘイグマン因子)欠乏症
	3	第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症	10	第Ⅻ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症
	4	第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症	11	von Willebrand(フォン・ウィルブラント)病
	5	第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)		
	6	第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)		
	7	第Ⅹ因子(スチュアート・ラウア因子)欠乏症		
治 療 状 況		1 入 院	2 通 院	
症 状 の 概 要				
検 査 結 果				
治 療 方 法				
治 療 見 込 期 間		令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 迄		
上 記 の と お り 診 断 し ま す 。 令 和 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 名 称 医 師 氏 名				

注) 1 疾患欄は、該当する疾患名を○で囲んでください。

2 治療状況欄は、現在の状況を記入してください。

3 治療見込期間は、当該年度の末日を限度として記入してください。