

先天性血液凝固因子障害診断書

患者氏名		男・女	申請の種別	1 新規	2 更新								
住所	市 町 郡 村	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 (満 歳)	職業								
病名	1 第I因子(フィブリノゲン)欠乏症 5 第VIII因子欠乏症(血友病A) 9 第XII因子(ヘパリン因子)欠乏症 2 第II因子(プロトロンビン)欠乏症 6 第IX因子欠乏症(血友病B) 10 第XIII因子(フィブリン安定化因子)欠乏症 3 第V因子(不安定因子)欠乏症 7 第X因子(スチュアートプロウア)欠乏症 4 第VII因子(安定因子)欠乏症 8 第XI因子(PTA)欠乏症 11 von Willebrand(フォン・ウィルブラント)病												
初診日	年 月 日	申請時の受療状況	入院 (年 月 日～) ・ 通院										
病歴と現在の症状													
臨床所見													
検査所見													
これまでに 行われた 治療													
今後の治療 方針													
治療研究の 見込み期間	入院	平成	年	月	日から	治療研究に 要する費用 の見込み額	入院	円					
	通院	平成	年	月	日から		週平均 回	通院	円				
上記のとおり診断する		医療機関名			医師名								
平成	年	月	日	科名	印								
審 査	委員	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	判定・理由	合 否 保留
	合												
	否												
	保留												

備考：審査上必要があれば検査資料を提出していただくこともありますので、御了承ください。