

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		生年月日	年 月 日 (満 歳)	職 業												
病 名	1 第Ⅰ因子(フィブリゲン)欠乏症		5 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)	9 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)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・ラウア)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	年 月 日から 年 月 日まで	治療研究に 要する費用 の見込み額	入院	円												
	通院	年 月 日から 年 月 日まで 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													
年 月 日		科名															
審 査	委員	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	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。