

(様式第2号)

先天性血液凝固因子障害診断書						
患者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所					
病名	1 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症 2 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症 3 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症 4 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症 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（スチュアートプラウア因子）欠乏症 8 第Ⅺ因子（PTA）欠乏症 9 第Ⅻ因子（ヘイグマン因子）欠乏症 10 第Ⅼ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症 11 フォン・ヴィルブランド（Von Willebrand）病					
治療開始日	年 月 日					
症状の概況 主な検査数値も記入のこと						
治療の 具体的方針						
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師氏名						