

## 先天性血液凝固因子障害医療診断書

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 TEL			
診 断 名	先天性血液凝固因子欠乏症	〔該当するものに○印を付すこと〕		
発 病 時 期	年 月頃	1 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症	7 第Ⅹ因子(スチュアート・ラウア因子)欠乏症	
初診年月日	年 月	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・ウィルブランド)病	
		6 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)		
発 病 時 (又は初診時) 症 状 臨床所見 検査所見				
臨 床 経 過 現在の主な 症 状 臨床所見 検査所見				
これまでに行われた 治療の概要				
経 過	1. 不明                  2. 悪化                  3. 不変                  4. 軽快			
現在の治療 状況及び今後 の治療方針				
当該医療機関 における 治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現在の受療状況	1. あり 入院・通院(週・月 回) 2. なし	
上記のとおり診断する		医療機関住所		
年 月 日		医療機関名(診療科)		TEL
担当医師名			印	