

第3号様式

診 断 書				
患者氏名		生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日
住 所	〒			性別 男・女
発生年月日	年 月頃			
該当の病名に○印を付してください。 1 第I因子（フィブリノゲン）欠乏症 7 第X因子（スチュアートプラウア）欠乏症 2 第II因子（プロトロンビン）欠乏症 8 第XI因子（P T A）欠乏症 3 第V因子（不安定因子）欠乏症 9 第XII因子（ヘイグマン因子）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・ヴィルブランド）病 6 第IX因子欠乏症（血友病B）				
診断事項	1. 主症状			
	2. 検査所見（欠乏している凝固因子活性の検査結果等を記入してください。）			
	3. 治療方法			
その他の特記事項				
上記のとおり診断します。 年 月 日				
医療機関 名 称 所 在 地 電話番号				
医師氏名				(印)
(自筆又は押印のこと)				