

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（PTA）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				
Ⓔ				
（自筆又は押印のこと）				