

別記第4号様式

先天性血液凝固因子欠乏症診断票					
本人	フリガナ 氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	山口県			
病名*					
診断根拠 となった 症状及び 検査結果					
基本的な 治療方針					
治療見込期間	入院	年	月	日	～
	通院				年 月 日
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名称</p> <p>所在地</p> <p>〒</p> <p>主治医氏名</p>					

※病名については、下記のいずれに該当するかを明記してください。

記

- ・第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症
- ・第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症
- ・第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症
- ・第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症
- ・第Ⅷ因子欠乏症（血友病A）
- ・第Ⅸ因子欠乏症（血友病B）
- ・第Ⅹ因子（ステュアートブラウア因子）欠乏症
- ・第Ⅺ因子（PTA）欠乏症
- ・第Ⅻ因子（ヘイグマン因子）欠乏症
- ・第Ⅼ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症
- ・von Willebrand（フォン・ウィルブランド）病