　先天性血液凝固因子障害　更新診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | | 男  女 | 生年  月日 | 年　　月　　日 | 歳 |
| 住所 |  | | | | | | |
| 病　　　名  （該当するものに○を付けてください） | 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）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XⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症  11　von Willebrand（フォン・ヴィルブランド）病 | | | | |
| 発病年月 | 年　　　　月頃 | | | | | | |
| 参考となる経過・現在の症状  臨床所見  検査所見等 | （検査年月日：　　　年　　　月　　　日） | | | | | | |
| 現在行っている治療方法・治療状況 |  | | | | | | |
| 以上のとおり診断します。  年　　　月　　　日　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | |

（注）記載日前概ね６か月以内の資料に基づき記入してください。

＜更新審査のための基準＞

１　当該疾病について確定診断がついていること。（該当する病名に○がついていること）

２　当該疾病にかかる治療が行われていること。