

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。