

## 診 断 書

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所				
番 号	診 断 名			
1	第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症			（ mg/dl ）
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因子）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	フォン・ヴィルブランド（von Willebrand）病			（ % ）
12	第Ⅴ / 第Ⅷ因子合併欠乏症			（第Ⅴ： % / 第Ⅷ： %）

該当診断名の番号を○で囲んでください。

（ ）に診断の根拠となった凝固因子活性値又はフォン・ヴィルブランド因子活性値を記入してください。

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

診療科

担 当 医 名

（注）新規の申請の場合及び継続の申請で診断内容に変更があった場合については、後日、診断の根拠となった所見を問い合わせることがあります。