

先天性血液凝固因子障害医療診断書

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日(満 歳)
住 所				
診 断 名	先天性血液凝固因子欠乏症	〔該当するものに○印を付すこと〕		
発 病 時 期	年 月 頃	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因子)欠乏症	
初 診 年 月 日	年 月 日	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Ⅻ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)		
発 病 時 (又は初診時)				
症 状				
臨 床 所 見				
検 査 所 見				
臨 床 経 過				
現在の主な 症 状				
臨 床 所 見				
検 査 所 見				
これまでに行われた 治療の概要				
経 過	1. 不明 2. 悪化 3. 不変 4. 軽快			
今後の治療 方 針				
当該医療機関 における治療 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	現在の受療状況 (入・退院の別)	入 院 ・ 通 院 (週 回)	
上記のとおり診断する 年 月 日		医療機関住所		
		医療機関名		
		医療科名		
		担当医師名		