

# 診 断 書

（先天性血液凝固因子欠乏症等医療費助成申請用）

氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	（満 歳）
-----	--	-----	-------------	------	-------	-------

病 名 <small>（該当するものに○を付けてください。）</small>	1 第I因子(フィブリンゲン)欠乏症	5 第VIII因子欠乏症(血友病A)	9 第XIII因子(ヘイグマン因子)欠乏症
	2 第II因子(プロトロンビン)欠乏症	6 第IX因子欠乏症(血友病B)	10 第XIII因子(フィブリン安定化因子)欠乏症
	3 第V因子(不安定因子)欠乏症	7 第X因子(スチュアートプラウア因子)欠乏症	11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病
	4 第VII因子(安定因子)欠乏症	8 第XI因子(PTA)欠乏症	

診 断 の 内 容	現 在 の 症 状					
	診 断 に 要 し た 検 査 の 内 容					
	今 後 の 治 療 方 針					
	治 療 見 込 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	入院 通院 別	入院・通院	

診療開始年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日	
病名決定年月日	年 月 日			

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

医 療 機 関 名

医 療 機 関 所 在 地


担 当 医 師 氏 名



(注) 1 この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」の医療費助成申請用です。  
 2 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。  
 3 記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。  
 4 診断書の有効期間は、診断日から起算して3か月以内です。

# 診 断 書

(先天性血液凝固因子欠乏症等医療費助成申請用)

氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日生 (満 歳)												
病 名 <small>(該当するものに○を付けてください。)</small>	1 第I因子(フィブリノゲン)欠乏症    5 第VIII因子欠乏症(血友病A)    9 第XIII因子(ヘイグマン因子)欠乏症 2 第II因子(プロトロンビン)欠乏症    6 第IX因子欠乏症(血友病B)    10 第XIII因子(フィブリン安定化因子)欠乏症 3 第V因子(不安定因子)欠乏症    7 第X因子(スチュアートプラウア因子)欠乏症    11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病 4 第VII因子(安定因子)欠乏症    8 第XI因子(PTA)欠乏症																		
診 断 の 内 容	現 在 の 症 状																		
	診 断 に 要 し た 検 査 の 内 容																		
	今 後 の 治 療 方 針																		
	治 療 見 込 期 間	年	月	日	から	年	月	日まで	入院 通院 別	入院・通院									
診療開始年月日	年	月	日	入院年月日	年	月	日												
病名決定年月日	年	月	日																
上記のとおり診断します。				医療機関コード				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
年 月 日																			
医療機関名																			
医療機関所在地																			
担当医師 氏名																			

(注) 1 この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」の医療費助成申請用です。  
 2 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。  
 3 記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。  
 4 診断書の有効期間は、診断日から起算して3か月以内です。