

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Ⅻ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Ⅻ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

⑩

(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	（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Ⅻ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Ⅻ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	年 月 日	日 から 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

⑩

(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。