

4. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

(1) 先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書

様式第2号（第10条関係）

先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書

受	氏名			性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日（ 歳）	職業	
給	住所	(TEL)			
	病名				
者	入院・通院の別	入院・通院	診断結果	確実・疑い	
	現病歴	発病以降の経過 初診時の所見			
現在の症状と検査成績	症 状 検査成績（病名に係る関連凝固因子活性を <u>数値</u> で記入して下さい）				
具体的に記入してください。					
現在行っている治療方法					
発病年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日		
上記のとおり診断します 年 月 日 主治医氏名 印 診療科 医療機関名 同所在地 (TEL)					