

## 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	日生 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(スチュアートブラウア因子)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				
令和 年 月 日	_ _ _ _ _ _ _ _					
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>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症</td> <td style="width: 33%;">5 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)</td> <td style="width: 33%;">9 第Ⅸ因子(ヘイグマン因子)欠乏症</td> </tr> <tr> <td>2 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症</td> <td>6 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)</td> <td>10 第Ⅹ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症</td> </tr> <tr> <td>3 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症</td> <td>7 第Ⅹ因子(スチュアートブラウア因子)欠乏症</td> <td>11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病</td> </tr> <tr> <td>4 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症</td> <td>8 第Ⅺ因子(PTA)欠乏症</td> <td></td> </tr> </table>						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Ⅸ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Ⅹ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(スチュアートブラウア因子)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	
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Ⅸ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Ⅹ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(スチュアートブラウア因子)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	入院 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															
令和 年 月 日			_ _ _ _ _ _ _ _ _															
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。