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      給  者 | 氏　　名 |  | | | | 性　 別 | | | 男 　・ 　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・　 　年　 　月 　　日（　　　歳） | | | | 職　　業 | | |  |
| 住　　所 | （TEL　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | |
| 病　　名 |  | | | | | | | |
| 入院・通院の別 | | 入　院　 ・　 通　院 | |  | | 確　実 ・ 　疑　い | | |
|  | | | 発病以降の経過  初診時の所見 | | | | | | |
| 現在の症状と検査成績    してください。 | | | 症　　状  検査成績（病名に係る関連凝固因子活性を***数値で*** 記入して下さい） | | | | | | |
| 現在行っている  治療方法 | | |  | | | | | | |
|  | | | 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  自著する場合は押印を省略することができます。  診療科  医療機関名  同所在地 （TEL　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |