

# 意 見 書

患者氏名		住所		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
該当の病名に○印 (1) 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症      (7) 第Ⅹ因子(スチュアートプラウア)欠乏症 (2) 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症      (8) 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症 (3) 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症      (9) 第ⅩⅡ因子(ヘグマン因子)欠乏症 (4) 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症      (10) 第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症 (5) 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)      (11) von Willebrand(フォン・ウィルブラント)病 (6) 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)      ※ 該当の病名に○印				診断確定年月日	年	月	日	
				初診年月日	年	月	日	
				1. 症状				2. 検査所見
3. 治療方法								
上記のとおり診断する。				医療機関の所在地(電話番号)				
年      月      日				医療機関名称				
年      月      日				主治医氏名				

注 1. 意見書は医療機関で記入してください。