

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証更新申請書

氏名	カタカナ		性別	男・女	TEL	()	—
	漢字		生年月日	M. T. S. H.	年	月	日

住所 (〒 -)

医療機関	医療機関の名称	医療機関の所在地
	①	
	②	
	③	

上記のとおり先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の更新を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

続 柄 (受給者の)

熊本県知事 様

※以下は医療機関で御記入ください。(上記①～③の医療機関のうち1医療機関のみの記載で可)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証更新申請に伴う意見書

該当する病名に○印をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------|
| ① 第Ⅷ因子欠乏症 (血友病A) | ② 第Ⅸ因子欠乏症 (血友病B) | ③ フォン・ヴィルブランド病 |
| ④ 第Ⅰ因子 (フィブリノゲン) 欠乏症 | ⑤ 第Ⅱ因子 (プロトロンビン) 欠乏症 | ⑥ 第Ⅴ因子 (不凝固因子) 欠乏症 |
| ⑦ 第Ⅶ因子 (凝固因子) 欠乏症 | ⑧ 第Ⅹ因子 (スチューアートプラウア) 欠乏症 | ⑨ 第ⅩⅠ因子 (PTA) 欠乏症 |
| ⑩ 第ⅩⅡ因子 (ハイマン因子) 欠乏症 | ⑪ 第ⅩⅢ因子 (フィブリノ凝固因子) 欠乏症 | |

現在の症状及び更新を必要とする理由

更新を要する 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	入院・通院 の 別	1 入 院 2 通 院
---------------	--------------------	--------------	----------------

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主 治 医 氏 名