

意見書

患者氏名		住所		生年月日	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・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(ヘイグマン因子)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
				2. 検査所見	
1. 症 状				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) 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。