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　　　　　　　　　　　） |