

意見書						
受診者	氏 名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	住 所	〒 ー				
病 名		1. 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症 2. 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症 3. 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症 4. 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症 5. 第Ⅷ因子欠乏症（血友病A） 6. 第Ⅸ因子欠乏症（血友病B） 7. 第Ⅹ因子（スチュアートブラウア因子）欠乏症 8. 第ⅩⅠ因子（PTA）欠乏症 9. 第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症 10. 第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症 11. von willebrand（フォン・ヴィルブランド）病				
入通院の別		1. 入院 2. 通院		診療科目名		
主 要 症 状 及 検 査 成 績		初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		発病年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
現 在 行っている 治 療 方 法						
上記のとおり報告します。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所 在 地 電 話 番 号 主治医氏名						

(注) 1. 病名欄及び入通院別欄は、該当番号に○をつけてください。
 2. 主要症状は、認定判断の根拠になるとと思われる事項を記載してください。