

(様式2)

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業申請用診断書			
ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日
住 所	〒		
病 名			
発病から診療にいたるまでの経過及び主な症状・治療内容について			
上記のとおり診断します			
年 月 日			
医療機関所在地			
名 称			
診 療 科			
担当医師名			

<参 考>

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象疾患は以下のとおりです。

- ・第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症
- ・第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症
- ・第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症
- ・第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症
- ・第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)
- ・第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)
- ・第Ⅹ因子(スチューアートプラウア)欠乏症
- ・第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症
- ・第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症
- ・第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症
- ・von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病
- ・血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症