

先天性血液凝固因子障害等診断書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	初診年月日		昭・平・令 年 月 日	
病名		保険種別		協・組・船・共・国・後	
現 病 歴	発病時以降の経過 初診時所見				
現 症 状					
検 査 所 見	※末梢血所見及び血液凝固所見等を具体的に記入してください。				
る現 治在 療行 方っ 法て い					
その他	所属施設の名称 所属施設の所在地 (TEL ())				
記載年月日	令和 年 月 日	主治医氏名			