

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	年 月 日 (歳)
発病年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日	
病名				
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。			
治 療 方 法 現 在 行 っ て い る				
その他	所属施設の名称			
	所属施設の所在地 (TEL ())			
記載年月日	年 月 日	主治医氏名 _____		