

様式 2

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業対象疾患診断書							
氏 名		性別	男・女	年 齢	歳	発病 年月	昭和 平成 令和 年 月
診 断 名							
発 病 時 の 症 状 と 検 査 所 見							
これまでの 経 過							
現在の症状 と検査所見							
現在行って いる治療方 法							
以上のとおり、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業対象患者の診断をいたします。 令和 年 月 日 医療機関 所 在 地 (TEL) 名 称 主治医氏名 印							