

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 及び 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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div> <div style="margin-top: 10px;"> 医療機関の名称 所在地 電話番号 主治医氏名 </div>						

(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。