様式第１号（要綱）

診　断　書（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業用）

<table>
<tr><td>患者名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年
月日</td><td colspan="3">年　月　日
（　才）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td><td>発病
年月</td><td>年　月</td></tr>
<tr><td>病　名</td><td></td><td>初診
年月</td><td colspan="3">年　月　日</td><td>受診
状況</td><td>入院・通院</td></tr>
<tr><td>臨床経過</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>主要症状</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>検査内容及びその具体的な数値等</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>今後の治療方針及び意見</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="9">上記のとおり診断する。　　医療機関コード（甲・乙）
□□□□□□□□
年　月　日
実施医療機関　所在地
名　称
担当医　　㊞
電　話　（　）</td></tr>
</table>

（お願い）１　診断書内容は、できるだけ詳しく記入してください。

２　新規申請の場合は、診断の根拠となる検査内容及びその具体的な数値並びに類似疾患との鑑別内容を必ず記入してください。