第２号様式（第９関係）

|  |
| --- |
| 先天性血液凝固因子障害等治療研究対象患者診断書 |
| 診　断　名 | 患　　者 | 氏名 |  | 生年月日 |
|  　　　 年 　 月 　 日 |
| 住所 |  |
| （初診時）の主要症状の 概 要 |  |
| 現在の主要症状及び各種検査成績 |  |
| 現在　　 行っている治療方法 |  |
| 発病年月日 |  |
| 経　　　過 | １．軽快　　 ２．不変　　 ３．悪化　　 ４．その他の参考事項　　　　　　 |
| 診断の根拠となる事項 |  |
| 　以上のように、先天性血液凝固因子障害等治療研究対象患者の診断をいたします。　　　　　　　年　　　月　　　日主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　－　　　　－　　　　　　）　　  |