様式５

先天性血液凝固因子欠乏症臨床調査個人票

※医師意見（診断の根拠と治療計画の概要等）は必ず記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 発病年月 | 　　　　年　　　月 | 初診年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 発病よりの経過 |  |
| 初診時の主要症状 |  |
| 先天性血液凝固因子欠乏症 | 診断となる事項 | 検査内容 |
| 障害因子 | 疾患名 |  | 検査日　　年　　月　　日 |
| ⅠⅡⅤⅦⅧⅧＣvＷＦⅨⅩⅩⅠⅩⅡⅩⅢプレカリクレイン高分子キニノゲンⅧ＋ⅨⅤ＋Ⅷ | 無フィブリノゲン血症異常フィブリノゲン血症プロトロンビン欠乏症プロトロンビン異常第Ⅴ因子欠乏症第Ⅶ因子欠乏症第Ⅶ因子異常症血友病Ａｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ病血友病Ｂ第Ⅹ因子欠乏症第Ⅹ因子異常症第ⅩⅠ因子（ＰＴＡ）欠乏症第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症フィブリン安定化因子欠乏症Ｆｉｅｔｅｃｈｅｒ因子欠乏症Ｆｉｔｚｇｅｒａｌｄ因子欠乏症（Ｗｉｌｌｉａｍｓ因子　Ｆｕｊｉｗａｒａ因子欠乏症）血友病ＡＢ第Ⅴ，第Ⅷ合併欠乏症 |
| 左記の疾患群中の該当疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療研究の具体的指針 |  |  |
| 治療状況 | その他の参考所見 |  |
|  |  |  |
| 医師意見所属施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 診療科記載年月日　　　年　　　月　　　日　　　 　　　　　　　　主治医氏名 |