

様式 5

先天性血液凝固因子欠乏症臨床調査個人票

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	
I II V VII VIII VIII C vWF IX X XI XII XIII プレカリクレイン 高分子キニノゲン VIII+IX V+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A von 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					
治療研究の 具体的指針			左記の疾患群中の該当疾患名 ()			
治療状況			その他の参考所見			
医師意見						
記載年月日 年 月 日			所属施設名 診療科 主治医氏名			

※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。