

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
		住所	年 月 日
初 発 時 (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			
<p>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。</p> <p>年      月      日</p> <p>主 治 医 氏 名 _____</p> <p>所属施設の名称 _____</p> <p>所属施設の所在地 _____</p> <p>(電話番号：                      -                      -                      )</p>			