第４号様式（第５条関係）　　（東京都保健医療局）

診　断　書

（先天性血液凝固因子欠乏症等医療費助成申請用）

氏　名		性別	男・女	生年月日	年　月　日生 （満　歳）

病　名 （該当するものに〇を付けてください。）	1　第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症 2　第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症 3　第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症 4　第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症 5　第Ⅷ因子欠乏症（血友病Ａ） 6　第Ⅸ因子欠乏症（血友病Ｂ） 7　第Ⅹ因子（スチュアートプラウア因子）欠乏症 8　第Ⅺ因子（PTA）欠乏症 9　第Ⅻ因子（ヘイグマン因子）欠乏症 10　第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症 11　von willebrand（フォン・ヴィルブランド）病

診断の内容	現在の症状			
	診断に要した検査の内容			
	今後の治療方針			
	治療見込期間	年　月　日から 年　月　日まで	入院通院別	入院・通院

診療開始年月日 病名決定年月日	年　月　日 年　月　日	入院年月日	年　月　日

上記のとおり診断します。　　医療機関コード

令和　年　月　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名　　㊞

（注）１　この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」の医療費助成申請用です。
２　記載日前６か月以内の資料に基づき記入してください。
３　記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。
４　診断書の有効期間は、診断日から起算して３か月以内です。

（2023.11）

第４号様式（第５条関係）　　（医療機関控）

診　断　書

（先天性血液凝固因子欠乏症等医療費助成申請用）

氏　名		性別	男・女	生年月日	年　月　日生 （満　歳）

病　名 （該当するものに○を付けてください。）	1　第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症 2　第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症 3　第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症 4　第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症 5　第Ⅷ因子欠乏症（血友病Ａ） 6　第Ⅸ因子欠乏症（血友病Ｂ） 7　第Ⅹ因子（スチュアートプラウア因子）欠乏症 8　第Ⅺ因子（PTA）欠乏症 9　第Ⅻ因子（ヘイグマン因子）欠乏症 10　第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症 11　von willebrand（フォン・ヴィルブランド）病

診断の内容	現在の症状			
	診断に要した検査の内容			
	今後の治療方針			
	治療見込期間	年　月　日から 年　月　日まで	入院通院別	入院・通院

診療開始年月日 病名決定年月日	年　月　日 年　月　日	入院年月日	年　月　日

上記のとおり診断します。　　医療機関コード

令和　年　月　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名　　㊞

（注）１　この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」の医療費助成申請用です。
２　記載日前６か月以内の資料に基づき記入してください。
３　記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。
４　診断書の有効期間は、診断日から起算して３か月以内です。

（2023.11）