第２号様式

先天性血液凝固因子障害等治療意見書

ふりがな 患者氏名		生年月日	年　月　日 （　）才		
住　所					
入通院の別	入院・通院	初診年月日	年　月　日	発病年月日	年　月　日
疾患名					

症　状	治療の内容及び経過の状況
Ⅰ　臨床検査 １．凝固時間 ２．部分トロンボプラスチン時間 ３．交叉試験 ４．第Ⅷ因子量　％ ５．第Ⅸ因子量　％ ６．出血時間 ７．血小板数　万	
Ⅱ　出血分類	
１．頭蓋内出血　①頭痛　②嘔吐　③発熱　④意識障害 ⑤けいれん　⑥血性髄液	身障 身体障害の程度（　）級
２．頭部･眼窩血腫　①頭部腫脹　②眼窩部腫脹　③圧迫症状	
３．内臓出血　①血尿　②吐血　③下血　④腹部腫瘤 ⑤出血持続　⑥咳嗽　⑦呼吸困難	
４．口腔内出血　①咽頭後壁血腫　②口床部血腫　③頸部皮下血腫 ④燕下障害　⑤呼吸困難　⑥舌血腫　⑦脱歯数 ⑧出血24時間持続	
５．関節出血　①関節部位（　）②関節腫張 ③３月間以上の疼痛　④関節運動制限	家　族　歴
６．筋肉内出血　①部位（　）②大きさ(広汎、大小)　③疼痛 ④発熱　⑤神経まひ　⑥血行障害　⑦蜂窩識炎	
７．外傷性出血　①種類（刺傷・切傷・打撲）　②部位（　） ③出血持続（　時間）　④出血量(甚多･多･少)	
８．一般状態の侵される出血　①出血部位（　）　②血色素量（　g/dℓ） ③ショック	

上記のとおり診断する。

年　月　日

主治医氏名　㊞

医療機関名

診　療　科

所　在　地