

ふりがな		性別 (該当に○)	男 女	生年月日 (該当に○)	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
氏 名						
住 所	〒 電話 ()			出 生 都道府県	発病時居住 都道府県	
発病年月 (該当に○)	昭和 平成 令和 年 月 日(満 歳)	初診年月日 (該当に○)	昭和 平成 令和 年 月 日	保険種別 (該当に○)	健保 船員 共済 国保 国保組合 後期高齢	
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし	介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし			
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					
最近6か月の 受診状況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()					
診断病名						
診断の根拠となった以下の所見を、数値等を用い具体的に記載してください。						
1.症状						
2.理学的所見						
3.検査所見						
4.治療方法 (現在の治療 状況含む)						
医療機関所在地						
" 名 称						
医 師 氏 名						
記載年月日 令和 年 月 日						

受給者番号								審 査	入 力
-------	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

* ここには記入しないでください。

2020-01

※他都道府県等ですでに申請され、今回転居等のため、新規に申請される場合は、初回診断時の所見も記入してください。
※医療給付の対象疾患は、裏面のとおりです。

- 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) 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
- 12 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症

※ 12については、そのことが確認できる一定の書類を提出することにより、臨床調査個人票に代えることができます。