

診 断 書

(先天性血液凝固因子欠乏症)

氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
発 病 年 月	年 月	初診年月日	年 月 日		
病 名					
遺 伝 型 式	1. 伴性劣性 2. 複数散発(同胞出現) 3. 単独散発(本人のみ) 4. 血族結婚 5. 常染色体性劣性 6. 常染色体性優性 7. その他 5. 不 明				
初 診 時 主 訴					
輸 血 歴	(有・無)	既使用血液製剤名		現使用血液使用製剤名	
血 液 型	(A, B, O, AB) Rh (+, -)				
既 往 出 血 状 況	1. 遅延する出血(有, 無) 2. 関節内出血 (有, 無) 3. 筋肉内出血(有, 無) 4. 鼻出血 (有, 無) 5. 歯肉・口腔内出血(有, 無) 6. 血 尿 (有, 無) 7. 頭蓋内出血 (有, 無) 8. 下 血 (有, 無) 9. その他()				
スクリーニング検査	1. 出血時間(Duke 法, Ivy 法) 分 3. 部分トロンボプラスチン時間 秒 5. 血小板数 $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 7. A T - %		2. プロトロンビン時間 秒 4. 血漿フィブリノーゲン値 mg/dl 6. F D P (Dダイマー) $\mu\text{g}/\text{dl}$		
確 定 診 断 査	凝固因子活性値 第 因子 % 第 因子 % その他因子 % インヒビター活性 BU		凝固因子抗原量 第 因子関連抗原 % 第 因子 % その他因子 % フォンウイラント因子 %		血小板凝集能 リストセチン % A D P % コラーゲン % エピネフリン %
医 師 意 見			所属施設の名称 _____		
			所属施設の所在地 _____ (TEL ())		
診 断 年 月 日 年 月 日			主 治 医 氏 名 _____ 印		