

\*全項目について鮮明にご記入下さい

(医療機関→特殊ミルク事務局)

メール milk@boshiaiikukai.jp

FAX 03-3473-1165

No. \_\_\_\_\_

(社福) 恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター

(事務局用 No につき記入不要)

特殊ミルク事務局 御中

(□の該当するものにチェックを入れるか、該当しないものを消して下さい)

### 特殊ミルク供給申請書 (□新規・□継続)

申請日	平成 年 月 日		貴病院へのミルク到着希望内容
所在地	〒		____月 ____日( )迄に到着希望 <input type="checkbox"/> 平日到着希望 <input type="checkbox"/> 休日(休診日)でも到着希望
医療機関名			
担当科名		担当医師名	Ⓜ
医療機関内届け先 (外来、栄養科等)			
電話番号		FAX番号	

下記疾患に対して、次の通り供給されるよう申請致します。

疾患名(含疑い)						(マターナルPKUの場合は、その旨明記して下さい)
患者ID		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦 年 月 日	
今回申請された 特殊ミルクの使用状況	<input type="checkbox"/> 新規使用・ <input type="checkbox"/> 継続使用・ <input type="checkbox"/> 転院(病院より)・ <input type="checkbox"/> その他( )					

供給を必要とする特殊ミルク (ミルク分類にチェックをお願い致します)

ミルク分類	乳業会社名	品名記号	必要量(合計)	使用量(g/日)
<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 登録外			缶	g
<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 登録外			缶	g
今回申請分ミルク の使用予定期間	年 月 ~ 年 月			

新規 : 当該特殊ミルクの供給を必要とする病態生理学的理由およびその根拠

継続 : 当該特殊ミルクによる治療効果 ( 効果あり・ 効果無し)

上記、「新規」・「継続」の何れかに該当する理由、その根拠および治療効果等を具体的にご記入下さい。

特殊ミルク事務局 milk@boshiaiikukai.jp 〒106-8580 東京都港区南麻布 5-6-8 TEL03-3473-8333・FAX 03-3473-1165

★ この申請書は、「登録品」および「登録外品」共通の申請書です。