

登録外 低カリウム・中リンフォーミュラ(8806H) 供給申請書

新規(1~4の全ての項目記入)  継続(1~3は必須・判定月は4まで)

1. 医療機関情報

申請日	西暦	年	月	日	特殊ミルク到着希望日		
所在地	〒 _____				月 _____ 日 _____ ( )		
					1 平日希望		2 休日希望
医療機関名					施設内	1	
担当科名					届け先	2	
担当医氏名					常勤栄養士名		
電話番号					FAX 番号		

2. 患者情報

患者ID		使用状況	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転院	病院より
生年月日	西暦	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明
疾患名(含疑い)	*小児慢性特定疾病に準じた疾患名を記載					

3. 8806H供給申請数

(※ナトリウム含有量が多い事に伴う高血圧、高ナトリウム血症にご留意下さい、)

必要缶数	缶	使用量(g/日)	g/日	参考	1缶の容量 350g
使用予定期間	西暦	年	月	~	西暦 年 月

4. 使用目的・検査結果・治療効果

使用目的	<input type="checkbox"/> 低ナトリウム血症 <input type="checkbox"/> 高リン血症 <input type="checkbox"/> 高カリウム血症					
	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤使用困難・その他(詳細記載)					
現在の状況 (直近の計測値)	年齢	歳		か月		
	身長	cm	体重	kg	血圧	(最高/最低)
	その他症状:					
	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻・経口経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 血液透析中 <input type="checkbox"/> 腹膜透析中 <input type="checkbox"/> 保存期(透析未)					
検査項目 (6か月以内)	検査日	年	月	日	* 検査データを記載	
	血清尿素窒素値	mg/dL		血清クレアチニン値	mg/dL	
	血清シスタチンC値	mg/L		血清アルブミン値	g/dL	
	血清ナトリウム値	mEq/L		血清カリウム値	mEq/L	
	血清カルシウム値	mg/dL		血清リン値	mg/dL	
検査データに基づく治療効果など						

5. 事務局評価

(新規の供給は1か月以内、1か月後の後継申請では2か月分までを供給する。

最初の効果判定は使用開始から3か月目、以降は6か月毎に判定する。)

効果判定	<input type="checkbox"/> 効果あり	<input type="checkbox"/> 効果なし	個人コード	
------	-------------------------------	-------------------------------	-------	--

※可能な症例においては、他の経腸栄養剤や食事への移行をご検討ください。