

Mail:milk@boshiaiikukai.jp

Fax : 03 (3473) 1165

No. _____
(事務局用No.のため記入不要)

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	〒 ー	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		常勤管理栄養士名		
電話番号		FAX 番号		

2. 患者情報

患者ID		使用状況	☐ 新規 ☐ 継続 ☐ 転院	病院より	
生年月日	西暦 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 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				
低形成腎が原因疾患の場合は診断時の腎臓長径の計測値, 年齢, 身長を記載	計測値	左 cm 右 cm			
	年齢	歳 か月	身長	cm	

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 日 ～ 西暦 年 月 日				

4. 使用目的・検査結果・治療効果

使用目的	☐ 低ナトリウム血症 ☐ 高リン血症 ☐ 高カリウム血症					
	☐ 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	収縮期/拡張期
	その他症状:					
	☐ 経口摂取 ☐ 経鼻・経口経管栄養 ☐ 胃瘻					
	☐ 血液透析中 ☐ 腹膜透析中 ☐ 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	
低形成腎以外の病名で申請する場合は、腎臓の画像所見や腎機能低下の要因について記載						

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	☐ 効果あり ☐ 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。