

**BH₄反応性高フェニルアラニン血症の確定診断に要するBH₄(サブプロテリン塩酸塩)
供給申請書**

BH₄反応性高フェニルアラニン血症(疑い)のため、その確定診断用薬剤を供給されるよう申請いたします。

申請日	令和 年 月 日		
所在地	〒		
医療機関名			
担当科名			
担当医師名			
電話番号		FAX 番号	
E-mail address			

患者イニシャル	名__姓__	性別	M・F	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
体重	kg	患者 ID (カルテ No.)			
確定診断に必要な薬剤量 診断法: 1週間投与試験 (20mg/kg.wt を 7日間投与する) 必要量: 2包×患者体重(kg)×7日 (1分包 10mg・BH ₄ を含有する)					包

注1: 個装の濃度についてはこれまでの 10mg と 10倍濃度の100mg を並行で使用しております。
 ビオプテン顆粒 2.5%は 0.4g/1包 (=10mg)、ビオプテン顆粒 10%は 1g/1包 (=100mg)です。
 なるべく分けやすいようにこちらで配分は決めてお送りします。

注2: 新生児期にBH₄の1回負荷試験を行っていただければその結果をご記載ください。

BH₄ 負荷量:

フェニルアラニン測定値: 負荷前()
 負荷後()

※ この申請書は㊞として事務局にて留意保管いたします。尚、診断薬剤の送付には若干の日数がかかりますので、考慮の上、申請をお願いいたします。結果については別途結果報告書にて報告をお願いいたします。
 ※ 診断薬剤の使用を中止又は変更する場合はすみやかに下記へご連絡ください。
 〒545-8585 大阪市阿倍野区旭町 1-4-3、大阪公立大学大学院医学研究科発達小児医学分野内 BH₄委員会事務局
 Tel: 06-6645-3816、Fax: 06-6636-8737、E-mail address: gr-med-bh4@omu.ac.jp

【参考資料】

高フェニルアラニン血症の診断と治療ガイド: Shintaku H, Ohura T, Takayanagi M, et al. Guide for diagnosis and treatment of hyperphenylalaninemia. *Pediatr Int.* 2021 Jan;63(1):8-12.