

後発医薬品変更に関する情報提供書

済生会二日市病院

科 _____ 先生

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様 ID : _____

※患者様氏名 : _____ 様

※FAX 送信の場合、患者名は
記載しないで下さい。

患者様に同意を得て、下記の後発医薬品を調剤いたしましたのでご報告いたします。

処方日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

調剤日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方薬・規格	薬価	一般名		後発薬・規格	製薬会社	薬価	変更
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形
			→				<input type="checkbox"/> 含量 <input type="checkbox"/> 剤形

報告元保険薬局

所在地 :

名称 :

電話番号 :

FAX 番号 :

担当薬剤師 :

済生会二日市病院薬剤部 FAX : 092-923-1553