



FAX 084-979-3599



起票日 年 月 日

**後発医薬品 変更情報連絡票**

[医療機関名] 脳神経センター大田記念病院

[診療科名] \_\_\_\_\_ 科 [医師名] \_\_\_\_\_ 先生

下記の患者さんの薬剤を、下記の通り、変更致しましたので、報告いたします。

※患者さんの「お薬手帳」に変更情報を記載された場合、この「後発医薬品 変更情報連絡票」のFAX送信は必要ありません。

|        |                      |        |       |
|--------|----------------------|--------|-------|
| 患者ID   | <input type="text"/> | 性別     | 男・女   |
| 生年月日   | 年 月 日                |        |       |
| 処方箋交付日 | 年 月 日                | 処方箋調剤日 | 年 月 日 |

| 【変更前】 処方された医薬品 |
|----------------|
| 変更前薬品名         |
|                |
|                |
|                |
|                |
|                |
|                |
|                |
|                |



| 【変更後】 変更後の後発医薬品(調剤薬) |
|----------------------|
| 変更後薬品名               |
| 製造メーカー名              |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |

|        |
|--------|
| 備考・伝言欄 |
|--------|

[薬局名]  
[住所]  
[ご担当の薬剤師]  
[電話番号]  
[ファックス番号]