



FAX 084-979-3599



起票日 平成 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	大正・昭和・平成 年 月 日		
処方箋交付日	平成 年 月 日	処方箋調剤日	平成 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]