

医薬品変更調剤報告書（後発等） [保険薬局→病院]

公立朝来医療センター宛
(FAX : 079-670-2244)

報告年月日 年 月 日

保険薬局名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 F A X 番号 _____
 担当薬剤師名 _____ 印

患者コード番号		診療科(主治医)	科 先生
患者氏名	様	処方年月日	平成 年 月 日
患者生年月日	M.T.S.H 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日

調剤内容

次の通り、(後発)医薬品に変更して調剤しましたので報告いたします。

[変更前]処方箋記載医薬品名	[変更後](後発)医薬品名	メーカー名
備考		