

後発医薬品情報提供書

科名を記載してください
(切り取って処方箋と重ねてコピーも可)

報告日： 年 月 日

保険薬局名称

電話番号

担当薬剤師

FAX番号

**処方箋の患者氏名、保険医氏名、
処方部分のコピーを貼付してください**

外枠部分を切り取り、処方箋と重ねてコピーすると、
必要箇所(患者氏名、保険医氏名、処方)が記載されます。

処方医薬品の変更内容

(上記処方箋中の変更該当薬品に番号を付け、番号と変更後の医薬品名を下記に記入してください)

変更医薬品番号	変更後の医薬品名	変更医薬品番号	変更後の医薬品名