

## 後 発 医 薬 品 変 更 報 告 書

医療機関名

医師名

先生侍史

患者氏名		男 女	M T S H	年	月	日生 ( 歳)
------	--	-----	---------	---	---	---------

処方日	年	月	日
-----	---	---	---

調剤日	年	月	日
-----	---	---	---

### 変 更 内 容

処方医薬品名	会 社 名	薬 価	変更後の 後発医薬品名	会 社 名	薬 価

特記事項

患者様のご希望により、後発医薬品に変更しましたのでご報告申し上げます。

平成 年 月 日

住所：

TEL：

FAX：

薬局名：

薬剤師：

