

年 月 日

院外処方応需保険薬局→舟入市民病院 (FAX番号 082-234-7302)

先発品医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供用紙

処方日付 年 月 日

患者 I D

氏名 (性別) (男・女)

生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日

処方薬剤名→変更薬剤名・メーカー名 (後発薬剤)

応需薬局 (住所・薬局名・電話番号・FAX番号) 担当者氏名

注：1枚の用紙に、1名の患者のみ記入してFAX (電話不可) してください。