

後発医薬品変更報告書

平成 年 月 日

病院

科 先生

後発品変更可の処方せんに基づき、下記患者様の薬剤を以下のとおり変更いたしましたのでご報告致します。

処方日	平成 年 月 日
調剤日	平成 年 月 日

IDナンバー	
患者氏名	様
生年月日	M・T・S・H 年 月 日
性別	男性 ・ 女性

変更前のお薬	変更後のお薬

※備考

薬局名：
住所：
電話：