

後発品変更情報提供書

送信先 宇治徳洲会病院 薬剤部 FAX 0774-25-2850

処方日	年 月 日
診療科	
保険医師名	
I.D.	
患者氏名	M.F

患者交付予定日	年 月 日
保険調剤薬局名	
TEL.	
FAX.	記入者

処方医薬品名

⇒ 変更医薬品名 (右余白に製薬会社名を記入)

①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	
⑪	

①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	
⑪	

その他

※ 後発医薬品の選択は、患者様の同意を得たうえで行ってください。