北播磨総合医療センター後発医薬品変更報告書

病院医事課Fax　0794-62-9913

患者イニシャル	年　月　日生　・　（ID　　）男・女
処方箋発行年月日	年　月　日　（調剤日　年　月　日）
受診科・処方医師名	科　先生

保険薬局名		Fax番号	
保険薬剤師名		電話番号	
薬局住所			

	処方箋記載医薬品名	変更後発医薬品名	メーカー名
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			
処方No.Rp			