

後発医薬品変更報告書

西宮市立中央病院

科

先生

報告年月日：

年

月

日

保険薬局名

所在地

管理薬剤師名

電話番号

F A X 番号

患者ID番号	
患者イニシャル	
患者生年月日	年 月 日
処方せん発行日	年 月 日
調剤年月日	年 月 日

調剤内容 (下記のとおり、後発医薬品に変更致しましたので報告致します)

変更前 (処方せん記載薬品名)	変更後 (調剤後発医薬品名)
備考	

西宮市立中央病院 代表電話番号：0798-64-1515

薬剤部 F A X 番号：0798-66-8823