

# 後発品変更連絡書

黒石市国民健康保険 黒石病院 御中

令和 年 月 日

保険薬局名: \_\_\_\_\_

所在地: \_\_\_\_\_

管理薬剤師: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

|        |                                       |             |  |
|--------|---------------------------------------|-------------|--|
| 院外処方番号 |                                       | 処方箋 発行日     |  |
| 患者名    |                                       | 患者番号(診察券ID) |  |
| 診療科    |                                       | 処方医師名       |  |
| 変更理由   | 1. 患者後発品希望のため 2. 採用薬品が後発品であるため 3. その他 |             |  |
| 処方医薬品名 | 変更した後発品医薬品名 (規格)                      | 後発品メーカー     |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |
|        |                                       |             |  |

注1: 後発品変更に関する報告は原則としてFAX送信で行ってください。

注2: 当該処方箋も併せてFAX送信をお願いします。

注3: 報告の窓口は薬剤科と致します。

薬剤科:0172-52-2121 (代表) FAX: 0172-53-6781