

年 月 日

# 後発品変更 情報提供書

処方日	年 月 日
診療科	科
保険医師名	
I.D	
患者氏名	M・F

患者交付日	年 月 日
保険調剤薬局名	
TEL:	
FAX:	
記入者名:	

## 処方医薬品名


## 変更医薬品名 (右余白に製薬会社名を記入)


その他

--

\* 後発医薬品の選択は、患者様の同意を得た上で行って下さい。  
送信先 医療法人社団木下会 千葉西総合病院 薬剤部・医事課  
FAX 047-384-8505