後発医薬品情報提供文書

平成　　年　　月　　日

医療機関名　　鹿島厚生病院行　ＦＡＸ

診療科名　【　　】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

下記患者様の薬剤を以下のとおり変更しましたのでご報告致します。

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

生年月日　T.S.H　　年　　月　　日　患者ID　（　　）

性別　男・女

処方日　平成　　年　　月　　日　調剤日　平成　　年　　月　　日

変更前薬品名	変更後薬品名

※備考	連絡先