

# 後発医薬品の代替調剤連絡箋

発行日 年 月 日

患者 ID		年齢	才	男 : 女
氏名				
処方箋 交付日		診療科		
調剤日		処方医師		

処方薬品名	代替後の薬品名【後発医薬品】
コメント :	
備考 :	
保険薬局名	Tel : Fax :
薬剤師	Ⓜ

保険薬局⇒名張市立病院

Fax 0595-61-1357