

後発医薬品変更・調剤報告書

年 月 日

情報提供先：日本大学松戸歯学部付属病院  
科 先生

情報提供元保険薬局名  
住所  
電話  
F A X  
保険薬剤師名

患者 I D  
患者名  
性別  
生年月日

処方せん発行日 年 月 日  
調 剤 年 月 日 年 月 日

調剤内容詳細

変更前（記載名）	変更後（調剤医薬品名）	会社名

以上の通り患者さんと相談、了解を得た上で調剤しました。

送信先 日本大学松戸歯学部付属病院  
病院管理課 FAX 047-361-2710