

後発医薬品変更情報提供書

医療機関名	保険薬局名:
処方医氏名	住所:
患者氏名	電話:
	Fax:
	担当薬剤師名:

貴医療機関発行の下記「後発医薬品への変更可」と指示がある処方せんにおきまして、患者さんより後発医薬品への変更希望があり、後発医薬品へ変更して調剤いたしましたので、ご報告いたします。

後発医薬品変更情報提供書

医療機関名	保険薬局名: ○○薬局
処方医氏名	住所: いわき市***町***丁目-1
患者氏名	電話: 0246-●●-●5●7
	FAX: 0246-●●-●5●8
	担当薬剤師名: 薬剤太郎

貴医療機関発行の下記「後発医薬品への変更可」と指示がある処方箋におきまして、患者さんの後発医薬品への変更希望があり、後発医薬品へ変更して調剤いたしましたので、ご報告いたします。

処方せん (院 外)

●●●●● 病院

科名: **リウマ** 患者番号: 1●00●●-7

公費負担者番号	保険者番号
	0●1●4●●●0
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
	1・7●●0●9●

患 氏名: [Redacted] 保険医療機関の所在地及び名称: 福島県いわき市 [Redacted] 独立行政法人 [Redacted] 島 [Redacted] 病院

生 年 月 日: 昭和●年 08月●日 男・女: 男

区 分: 被保険者・被扶養者

電話番号: 0246-26-1111

保 険 医 氏 名: ●●●●● 印

交付年月日: 平成 18 年 04 月 05 日 処方せんの使用期間: 平成 年 月 日

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること

- | 処 方 | 品名 | 用法 | 数量 | 単位 | 日数 |
|-------------------------|-----------------------|----------------|----|----|------|
| | 1) プレドニゾン錠 1mg | 1日1回 朝食後 | 5 | T | 28日分 |
| | 2) フォリアミン錠 5mg | 1日2回 朝・夕食後 | 2 | T | 4日分 |
| ×トレキカートカプセル 2mg
T×ルク | → リウマトレックスカプセル 2mg | | 2 | C | |
| | 3) アスパラーCA錠 200mg | 1日3回 朝・昼・夕 毎食後 | 3 | T | 28日分 |
| アルカドールカプセル 25 | → アルファロールカプセル 0.25µg | | 3 | C | |
| | 4) ボルタレンSRカプセル 37.5mg | 1日2回 朝・夕食後 | 2 | C | 21日分 |
| ソレレンSRカプセル
37.5 | → | | | | |
| | 5) インダシン坐剤 25 | 1日2回 朝・夕食後 | | | |

患者さまへ...この処方せんは、どの保険薬局でも有効です

60 個

後発医薬品への変更について

後発医薬品への変更可

除医署名: ●●●●●

2枚目以降
変更なし

○ 次頁へ続く

備 考: いわき市平高野字

調剤済年月日: 平成 18 年 4 月 5 日

麻薬施用者の免許番号: 第 [Redacted] 号

公費負担者番号: [Redacted]

公費負担医療の受給者番号: [Redacted]

調剤済年月日: 平成 18 年 4 月 5 日

保険薬局の所在地及び名称: いわき市平谷川瀬字明治町91-1 薬局タローファーマシー

保険薬剤師氏名: 神