|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **小田原市立病院医薬品変更(規格・後発品・一般名）連絡表** | | | | | | |
| 薬局名 | | | | | TEL | |
|  |  |
| 下記の医薬品を変更しました | | | | | | |
| 処方日　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | |
| 科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | | | | |
| 患者NO. 　　　　　　　　　 患者名： | | | | | | |
| 処方医薬品名 | | → | | 変更後 | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | | → | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| （記入例）　下記の医薬品を変更しました | |  | |  | | |
| 処方日　　　　　　○　年　　　　　　○月　　　　　○日 | | | | | | |
| ○○　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　△　△　△　△　医師 | | | | | | |
| 患者NO. 0000000 　　　　　　　 　 患者名：　小田原太郎 | | | | | | |
| 処方医薬品名 | | → | | 変更後 | | |
| カルデナリン錠１ｍｇ　２Ｔ　分１　就寝前 | | → | | カルデナリン錠２ｍｇ　1Ｔ　分１　就寝前 | | |
| ガスターＤ錠10ｍｇ　１Ｔ　分1　朝食後 | | → | | ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「○○」１Ｔ　分１朝食後 | | |
| 塩酸チクロピジン錠100ｍｇ　2Ｔ　分２　朝夕食後 | | → | | ﾁｸﾋﾟﾛﾝ錠100ｍｇ　2Ｔ　分2　朝夕食後 | | |
|  | | → | |  | | |
| \*前回と同じ内容であった場合、連絡は不要です。 | | | | | | |
| **Fax　送信先　0465-35-0800（小田原市立病院医事課）** | | | | | | |
|  | | H28年4月作成 | | | |