|  |
| --- |
| **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 |