

## ジェネリック医薬品希望カード

わたしは、ジェネリック  
医薬品を希望します。

氏 名

## 医師・薬剤師の皆さまへ

- 処方される薬にジェネリック医薬品がある場合は、ジェネリック医薬品の処方・調剤をお願いします。
- 処方できない場合や、適さない場合は、説明をお願いします。

