

# ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙（薬剤師会ホットライン用）

一般社団法人 三重県薬剤師会 薬事情報センター 宛

FAX (059) - 225 - 4728

問合せ日： 年 月 日  
所 属： \_\_\_\_\_ 氏 名： \_\_\_\_\_  
電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号\*： \_\_\_\_\_  
メールアドレス\*： \_\_\_\_\_

※回答はFAXまたはメールで行いますので、FAX 番号・メールアドレスを必ずご記入ください。

質問者の基本情報（該当するものに ○ をご記入ください。）

①質問者の分類（医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（ ））

②医薬品を使用される方の競技名（ ）

使用者の基本情報（該当するものに ○ をご記入ください。）

① 医薬品を使用する方の性別 （男性 ・ 女性 ）

② 医薬品を使用する方の年齢 （10・20・30・40・50・60・70・80・90）才代

問合せ対象医薬品

- ・ 医薬品 6 種類以上の場合は、新しい用紙にご記入ください。
- ・ 使用状況は 未使用・使用中・過去に使用 の該当するものに ○ を付けてください。

製品名（会社名）	使用状況	備考
1.  （ ）	未使用 使用中 過去に使用	
2.  （ ）	未使用 使用中 過去に使用	
3.  （ ）	未使用 使用中 過去に使用	
4.  （ ）	未使用 使用中 過去に使用	
5.  （ ）	未使用 使用中 過去に使用	

※ 医薬品名はフルネームで正確に記載してください。

※ 食品・健康食品・サプリメント・化粧品等については、医療上必須のものではない、成分表示が正しい保証がないといった点等から判断できません。

※ 備考欄は、その医薬品に関して特別な事項がある場合にご記入ください。

※ 内容によっては、回答にお時間がかかることがありますのでご了承ください。