

薬剤師会 薬事情報センター 宛

所 属	
電 話 番 号	

問い合わせ日時	年 月 日
氏 名	
F A X 番号 *	

■ 質問者の基本情報（該当するものに○をご記入ください。）

- 医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（ ）

- ① 薬物を使用する方の性別 (男性・女性)

- ② 薬物を使用する方の年齢・・・(10・20・30・40・50・60・70・80・90) 歳代

- ③ 薬物の使用状況・・・・・・・・・・（未服用・服用中・過去に服用）

- ④ 使用者の参加する競技種目・・・()

[illegible]

- * 薬物名はフルネームで正確に記載してください。
* 備考欄は、その薬物に関して特別な事項がある場合にご記入ください。
* 効能書きなどの参考資料がありましたら同時に送信してください。