

# 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）

薬剤師会 宛

問合せ日：（西暦） 年 月 日

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。

## 基本情報（以下の情報がないと正確な回答が行えない場合がございます）

- ① 質問者の立場 【医師・薬剤師・選手・AT・コーチ・保護者・その他（ ）】
- ② 医薬品使用者の競技種目 （ ）
- ③ 医薬品使用者の性別（男性・女性）
- ④ 医薬品使用者の年齢（10・20・30・40・50・60・70・80・90）歳代

## 問合せ対象医薬品

製品名	会社名	使用状況（いずれかに○）			備考
		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（○○プレミアム、○○DXなど）。
- ※ 医薬部外品・健康食品・サプリメント・化粧品、海外の医薬品等については、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などの点から判断・回答できません。
- ※ 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。
- ※ 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。