

コピーまたは切り取ってご送付ください

## 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 薬事情報センター 宛

問合せ日時: 年 月 日  
氏名:  
FAX番号\*:  
所属:  
電話番号:  
メールアドレス:  
※ 回答はFAXで行いますので、FAX番号は必ずご記入下さい。

質問者の基本情報(該当するものに○をご記入下さい。)

- 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 薬を使用される方の所属競技団体名( )

使用者の基本情報(該当するものに○をご記入下さい。)

- 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)才代  
③ 薬物の使用状況 (未服用・服用中・過去に服用)

#### 問合せ対象薬物

製品名(会社名)	備考
1. ( )	
2. ( )	
3. ( )	
4. ( )	
5. ( )	

- ※ 薬物名はフルネームで正確に記載して下さい。  
※ 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下さい。  
※ 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、ご了承下さい。