**ドーピング禁止薬に関する問い合わせ用紙
（薬剤師会ホットライン用）**

**福岡県薬剤師会　薬事情報センター　宛**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　属：　 | 氏　　　名： |
| 電話番号：　 | FAX番号： |
| e-mail: |

※回答はFAXまたはe-mailで行いますので、FAX番号またはe-mailアドレスは必ずご記入
下さい。

**質問者の基本情報（該当するものにチェックをご記入下さい）**

➀　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（該当するものにチェックをご記入下さい）**

➀　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）

問合せ対象薬物（質問者記載欄にご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| **質問者記載欄** | ホットライン記載欄 |
| No. | 製品名（会社名） | 備考 | 使用可否 | 備考 |
| 1. | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 2. | （　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 3. | （　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 4. | （　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 5. | （　　　　　　　　　） |  |  |  |

＊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。

＊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。