**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

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

**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）

該当するものにチェックをご記入下さい

1. 質問者の立場（医師　歯科医師　薬剤師　ＡＴ　コーチ 選手　保護者

その他（　　　　　　　　　　　　　　））

②　医薬品を使用される方の競技種目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③　医薬品を使用する方の性別　（男性　女性）

④　医薬品を使用する方の年齢　（ 10　  20  30  40  50  60  70  80  90）歳代

**問合せ対象医薬品**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 製品名  （会社名） | 使用状況  （いずれかにチェック） | 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（○○プレミアム、○○DX、新○○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。

＊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。