

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）

福岡県薬剤師会 薬事情報センター 宛

問合せ日： 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・歯科医師・薬剤師・選手・A T・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 ） 才代

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
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（〇〇プレミアム、〇〇DX、新〇〇など）。

※ 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。