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**

問合せ日時:　　年　　月　　日
所　　属:　　氏　　名:
電話番号:　　FAX番号※:
※ 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（該当するものに〇をご記入下さい。）
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（該当するものに〇をご記入下さい。）
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。