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）

送付先FAX.024-549-2209

（一社）福島県薬剤師会　薬事情報センター　宛

問合せ日時：平成　　年　　月　　日

氏　　　名：

FAX番号：

所　　属：

電話番号：

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

使用者の基本情報（該当するもの〇をご記入下さい。）

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．（　　　　　　　　　　） |  |
| ６．（　　　　　　　　　　） |  |

※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下さい。