

## 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）

栃木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：

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。

【質問者の基本情報】 ※該当するものに○をご記入ください。

- ①質問者の分類（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（ ））  
②医薬品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○をご記入ください。

- ①医薬品を使用する方の性別（男性・女性）  
②医薬品を使用する方の年齢（10・20・30・40・50・60・70・80・90）歳代  
③医薬品の使用状況（未使用・使用中・過去に使用）  
④直近の競技期間（大会期日）（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

【問合せ対象医薬品】

製品名（会社名）	回答
1. ( )	
2. ( )	
3. ( )	
4. ( )	
5. ( )	

※医薬品名はフルネームで正確に記載してください。

※漢方薬・食品・健康食品・サプリメント・化粧品については、すべての含有成分が正確である保証がないため判断できません。

※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。

栃木県薬剤師会薬事情報センター FAX:028-658-9847  
メールアドレス:doping-hotline@tochiyaku.com