

## 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)

(社)広島県薬剤師会 薬事情報センター 宛

FAX:082-248-1904

問合せ日時: 年 月 日  
所 属: 氏 名:  
電 話: F A X :

※ 回答はFAXで行いますので、FAX番号は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・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○をご記入ください。)

- 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ください。