**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）**

コピーまたは切り取ってご送付ください

**薬剤師会　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・薬剤師・選手・ＡＴ・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（○○プレミアム、○○ＤＸ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。