**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）**

**一般社団法人 三重県薬剤師会　薬事情報センター　宛**

**FAX（059）- 225 – 4728**

 問合せ日：　 　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・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競技名（　　 　　　　　　　 　　　）

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）才代

問合せ対象医薬品

・医薬品6種類以上の場合は、新しい用紙にご記入ください。

・使用状況は 未使用・使用中・過去に使用 の該当するものに 〇 を付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 製品名（会社名） | 使用状況 | 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。

※ 食品・健康食品・サプリメント・化粧品等については、医療上必須のものではない、成分表示が正しい

保証がないといった点等から判断できません。

※ 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。

※ 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。