

コピーしてお使いください  
ドーピングに関する問合せ用紙

年 月 日

所属 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

質問者の基本情報

① 質問者の分類

医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ コーチ ・ 選手 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

使用者の基本情報

① 薬を使用する方の性別 男性 ・ 女性

② 薬を使用する方の年齢 \_\_\_\_\_ 歳

③ 薬の使用状況 未使用 ・ 使用中 ・ 過去に使用

④ 競技種目 \_\_\_\_\_

⑤ 出場大会 \_\_\_\_\_

⑥ 大会日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日

問合せ対象薬物

製品名 (会社名)	分類	回答
( )	市販薬 処方薬 健康食品	
( )	市販薬 処方薬 健康食品	
( )	市販薬 処方薬 健康食品	
( )	市販薬 処方薬 健康食品	
( )	市販薬 処方薬 健康食品	

※薬物名はフルネームで正確に記載して下さい。

※市販薬・医療用医薬品(処方薬)・健康食品の分類に○をつけて下さい。

※回答に時間を要することがありますがご了承ください。

入手先(ネット販売、海外等)やその他薬剤について特に記載することがあればご記入ください。