

～コピーしてお使いください～

## ドーピングに関するお問い合わせ用紙

一般社団法人 群馬県薬剤師会 薬事情報センター 宛

FAX : 027-223-5308

業務時間は9時～17時、月～金（土日・祝日は休業）です。

問い合わせ日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出場大会名： \_\_\_\_\_ 競技種目： \_\_\_\_\_

質問者氏名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

※回答は電話またはFAXにて行います。正確にご記入下さい。

質問者情報（該当項目を○で囲む）：選手本人・選手家族・コーチ・マネージャー・医師・薬剤師・登録販売者  
スポーツ協会・その他（ \_\_\_\_\_ ）

選手情報： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

薬の使用状況（該当項目を○で囲む）： 未使用 ・ 使用中 ・ 過去に使用 \_\_\_\_\_

お問い合わせ薬

・該当するものに レ を付けてください。

医療用医薬品（病院や院外処方でもらった薬）

市販薬（町の薬局・ドラッグストアなどで買ったもの）

製品名（販売会社名）	備考欄
1. _____ ( _____ )	
2. _____ ( _____ )	
3. _____ ( _____ )	
4. _____ ( _____ )	
5. _____ ( _____ )	

※注意※

- ・薬品名はフルネームで正確にご記入ください。
- ・効能書きの説明書などがありましたら、一緒にFAX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ご記入下さい。  
(例：医師の指示により通常の用量より多く使用している等)
- ・回答に時間を要することがありますがご了承ください。
- ・普段指導している監督やコーチ、チームドクターなどにもご相談ください。