



# うっかり... では 済まされません!

## ストップ! うっかりドーピング

「ドーピング防止規定」により、違反が発覚した場合

**4年間の資格停止**となります。

ドーピング検査を受ける可能性がある方は、

飲み薬や貼り薬、ドリンク剤を**使用する前に薬剤師にご相談**ください。



困ったときは聞いてみよう! **薬のご相談**はコチラまで



## 岩手県薬剤師会ドーピング防止ホットライン

【Eメール】 [doping.qa2016@gmail.com](mailto:doping.qa2016@gmail.com)

希望郷いわて国体2016期間中は**24時間対応**

※本メールアドレスより返信いたします。受信拒否設定されている場合は解除願います。



【FAX】

**019-653-4592**

【受付時間/平日9:00~17:00】  
TEL 019-653-4591

ご相談の際

氏名、年齢、性別、競技名、自分の立場(選手・監督・医師・看護師・薬剤師など)、  
相談内容(薬品名は正確に)をお知らせください。

私たち薬剤師は  
薬の適正使用を  
サポートします

一般社団法人岩手県薬剤師会

<http://www.iwayaku.or.jp>  
〒020-0876 岩手県盛岡市馬場町3-12

## 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）

薬剤師会 薬事情報センター 宛

		問合せ日時	:	年	月	日
所 属	:	氏 名	:			
電 話 番 号	:	F A X 番 号	:			
メールアドレス	:					

※ 回答は、F A X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・A T・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 薬物を使用される方の性別（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（未使用・使用中・過去に使用）

問合せ対象薬物

製品名（会社名）	備考
1.  （ ）	
2.  （ ）	
3.  （ ）	
4.  （ ）	
5.  （ ）	

※ 製品名は、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下さい。

※ 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、ご了承下さい。