

ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙

岩手県薬剤師会 宛

(FAX 019-653-4592 ・ メール ipa1head@rose.ocn.ne.jp)

問合せ日：令和 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（〇〇プレミアム、〇〇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。