

ドーピングに関する問合せ用紙

医療従事者用

年 月 日

職 種 (○を付けてください) 医師 看護師 薬剤師 その他 ()

病院・薬局名 _____ 氏 名 _____

電 話 _____ FAX _____

選手の性別 男 ・ 女 年齢 _____ 歳 競技種目 _____

大会日時 _____

お問い合わせ薬

製品名 (会社名)	分 類	薬についての詳細
()	市販薬 処方薬 健康食品	現在の状況に○をつけてください。 ()これから処方しようとしている ()これから調剤・販売しようとしている ()服用・使用する前に相談を受けた ()服用・使用した後に相談を受けた ()その他 ↓状況を詳しくご記入ください。↓
()	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	

※ 製品名はフルネームで正確に記載してください。

※ 市販薬・医療用医薬品(処方薬)・健康食品の分類に○をつけてください。

※ 正確な情報を確認する為、回答に時間を要することがありますがご了承ください。

【回答】

アンチ・ドーピングホットライン (一般社団法人山形県薬剤師会薬事情報センター)

TEL 023-622-3550 FAX 023-625-3970

Mail : yakuji@axel.ocn.ne.jp