

## ドーピング問い合わせ用紙

FAX 番号：0744-22-2739 E-mail：npa@mahoroba.ne.jp

一般社団法人奈良県薬剤師会事務局 宛

※FAX またはメールにて返答します。

|   |  |     |            |
|---|--|-----|------------|
| 質問者の氏名  |  |     |            |
| 質問者の分類  | スポーツファーマシスト ・ 競技者 ・ 指導者 ( )<br>医療従事者 ( ) ・ その他 ( ) |     |            |
| 問い合わせ日時   | 年  | 月   | 日 時 分      |
| 競技者の種目  |  | 性別  |            |
| 所属の競技団体名<br>・ 学校名   |  |     |            |
| 電話番号  |  |     |            |
| FAX 番号  |  |     |            |
| E-mail  |  |     |            |
| <b>◆ 問い合わせの薬剤 ◆</b>   |  |     |            |
| No.   | 製品名  | 会社名 | 投与経路       |
| ①   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| ②   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| ③   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| ④   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| ⑤   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| ⑥   |  |     | 内・外・注(筋・静) |
| <p>※薬物名は製品名をフルネームで正確にお書きください。<br/>                 ※経路が注射の場合は筋注か静注かを記入してください。<br/>                 ※競技者の情報を把握している場合、年齢・服用歴・使用の有無・競技の日程等を備考欄に記載してください。</p> |  |     |            |
| 備考  |  |     |            |