

# ドーピングに関する問合わせ

日時： 年 月 日

質問者の所属： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 内線番号： \_\_\_\_\_

質問者の分類 選手 選手の家族 コーチ 医療従事者 その他 ( \_\_\_\_\_ )

薬物等を使用される方の基本情報（該当するものに○をご記入下さい。）

- ① 競技種目 \_\_\_\_\_
- ② 性別 男 女
- ③ 年齢 10・20・30・40・50・60・70・80・90才代
- ④ 薬物等の使用状況 未使用 服用中 過去に服用
- ⑤ 大会日時 \_\_\_\_\_

問い合わせ対象薬物（医薬品、サプリメント等）

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

※ 製品名は、フルネームで正確にご記入下さい（情報がある場合は添付願います）。

※ 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。

回答者： 国立障害者リハビリテーションセンター病院薬剤科