

アンチ・ドーピング相談対応チェックシート

	都道府県名	<input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> その他()
必須	お名前	
必須	年齢	
必須	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
必須	メールアドレス or FAX番号	
	電話番号	
必須	相談者の分類	<input type="checkbox"/> 競技者 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他()
必須	競技名	
	出場予定大会名・期間	
必須	相談内容	※商品・成分等はフルネームで聴取 (例 パブロン←X パブロン Pro 微粒←○)

性別での対応違いあり！
薬剤師のためのアンチ・ドーピングガイドブック(以下ガイドブック)【参照：S2. ペプチドホルモン、成長因子、関連物質および模倣物質】

相談対応の記録を残そう！

競技により禁止される物質が異なる場合あり！
ガイドブック【参照：P1. ベータ遮断薬】

一文字違いで対応が異なる場合があります、商品名等は正確に聞き取ろう！
ガイドブックや検索ツールを活用しよう！
禁止物質に該当するか判断がつかないなど、回答に困った場合はホットラインへご相談を！

ガイドブック【参照：問い合わせ対応手順】
ガイドブック【参照：OTCや健康食品、サプリメント、漢方について】

薬剤師のための
アンチ・ドーピング
ガイドブック



Global DRO



鹿児島県薬剤師会アンチ・ドーピングホットライン

