

## 薬剤師会アンチ・ドーピングホットライン

ドーピングのお問い合わせは、原則としてFAXで受け付けています。  
電話ではお答えできませんので、次ページの専用用紙をFAX等でお送りください。

名称	FAX番号
日本薬剤師会 アンチ・ドーピング相談窓口	メール(anti-doping@nichiyaku.or.jp)のみ
ほっかいどう・おくすり情報室	011-831-6133
青森県薬剤師会薬事情報センター	017-743-7075
岩手県薬剤師会くすりの情報センター	019-653-4592
宮城県薬剤師会くすりの相談室	022-391-6630
秋田県薬剤師会くすり110番	018-835-2576
山形県薬剤師会薬事情報センター	023-625-3970
福島県薬剤師会薬事情報センター	024-549-2209
茨城県薬剤師会 くすりの相談室	029-306-8040
栃木県薬剤師会薬事情報センター	028-658-9847
群馬県薬剤師会薬事情報センター	027-223-5308
埼玉県薬剤師会情報センター	048-827-0063
千葉県薬剤師会薬事情報センター	043-247-4402
東京都薬剤師会 薬事情報課	03-3295-2333
神奈川県薬剤師会薬事情報センター	045-751-4460
新潟県薬剤師会薬事情報センター	025-281-7735
富山県薬剤師会 くすり相談	076-442-3308
石川県薬剤師会薬事情報センター	076-231-6721
福井県薬剤師会薬事情報センター	0776-61-6561
山梨県薬剤師会薬事情報センター	055-254-3401
長野県薬剤師会医薬品情報室	0263-34-0075
岐阜県薬剤師会ぎふ薬事情報センター	058-247-5757
静岡県薬剤師会医薬品情報管理センター	054-203-2028
愛知県薬剤師会薬事情報センター	052-971-2889
三重県薬剤師会 薬の相談テレホン	059-225-4728
滋賀県薬剤師会薬事情報センター	077-563-9033
京都府薬剤師会薬事情報センター	075-525-2332
大阪府薬剤師会薬事情報センター	06-6947-5487
兵庫県薬剤師会薬事情報センター	078-341-6099
奈良県薬剤師会薬事情報センター	0742-24-1291
和歌山県薬剤師会薬事情報センター	073-424-3353
鳥取県薬剤師会薬事情報センター	0859-38-5758
島根県薬剤師会情報センター	0852-26-5358
岡山県薬剤師会薬事情報センター	086-225-2645
広島県薬剤師会 薬事情報センター	082-567-6050
山口県薬剤師会	083-924-7704
徳島県薬剤師会薬事情報センター	088-625-5763
香川県薬剤師会営業局県庁前	087-833-2132
愛媛県薬剤師会 おくすり相談窓口	089-921-5353
高知県薬剤師会情報センター	088-820-5010
福岡県薬剤師会 くすりなんでもテレホン	092-281-4104
佐賀県薬剤師会薬事情報センター	0952-23-8941
長崎県薬剤師会 薬相談窓口	095-848-6160
熊本県薬剤師会医薬情報センター	096-285-8248
大分県薬剤師会薬事情報センター	097-544-8060
宮崎県薬剤師会薬事情報センター	0985-29-8127
鹿児島県薬剤師会薬事情報センター	099-257-2516
沖縄県薬剤師会 おくすり相談室	098-963-8937

コピーまたは切り取ってご送付ください

## ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙（薬剤師会ホットライン用）

薬剤師会 宛

問 合 せ 日 時 :                  年                  月                  日

所                  属 :                  氏                  名 :

電 話 番 号 :                  F A X 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下さい。

質問者の基本情報（該当するものに○をご記入下さい。）

- ① 質問者の分類(医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他( ))
- ② 医薬品を使用される方の所属競技団体名( )

使用者の基本情報(該当するものに○をご記入下さい。)

- ① 医薬品を使用する方の性別 (男性・女性)  
 ② 医薬品を使用する方の年齢 (10・20・30・40・50・60・70・80・90) 才代  
 ③ 医薬品の使用状況 (未使用・使用中・過去に使用)

## 問合せ対象医薬品

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

- ※ 医薬品名はフルネームで正確に記載して下さい。
- ※ 健康食品・サプリメント等についてのお問合せには、回答出来ない場合があります。
- ※ 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下さい。
- ※ 内容によっては、回答にお時間がかかることがありますので、ご了承下さい。