

薬剤師会アンチ・ドーピングホットライン

ドーピングの問い合わせは、原則メール等記録の残る形で受け付けています。

医薬品を正確に確認するため、電話では回答できません。

また、各都道府県薬剤師会にはアンチ・ドーピングホットラインを設置しています。

選手や関係者には、各都道府県薬剤師会ホームページをご確認の上、所定の方法でお問い合わせいただくようご周知ください。

〇〇県薬剤師会アンチ・ドーピング



お問い合わせの際には、専用用紙も活用いただけます。

名称		FAX 番号
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	医薬品情報センター	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	048-825-0700
千葉県薬剤師会		043-248-0646
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	076-420-5451
石川県薬剤師会	薬事情報センター	076-223-1520
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	薬事情報センター	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	0744-22-2739
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	事務局	0857-27-5084
島根県薬剤師会	情報センター	0852-26-5358
岡山県薬剤師会	事務局	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	事務局	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	会営薬局県庁北	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	099-202-0569
沖縄県薬剤師会	おくすり相談室	098-963-8937
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 ） ※本メールアドレスは都道府県薬剤師会からの問い合わせ専用です。選手等からの問い合わせは受け付けておりませんのでご了承ください。

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： 年 月 日

氏 名：

電 話 番 号：

FAX 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ください。

基本情報（以下の情報がないと正確な回答が行えない場合がございます）

- ① 質問者の立場 （ 医師・薬剤師・選手・AT・コーチ・保護者・その他（ ） ）
- ② 医薬品使用者の競技種目 （ ）
- ③ 医薬品使用者の性別 （ 男性 ・ 女性 ）
- ④ 医薬品使用者の年齢 （ 10・20・30・40・50・60・70・80・90 ） 才代

問合せ対象医薬品

	製品名 (会社名)	使用状況 (いずれかに○)	備考
1	()	未使用・使用中 過去に使用	
2	()	未使用・使用中 過去に使用	
3	()	未使用・使用中 過去に使用	
4	()	未使用・使用中 過去に使用	
5	()	未使用・使用中 過去に使用	

※ 医薬品名はフルネームで正確に記載してください（〇〇プレミアム、〇〇DXなど）。

※ 医薬部外品・健康食品・サプリメント・化粧品、海外の医薬品等については、医療上必須のものではない、成分表示が正しい保証がないなどの点から判断・回答できません。

※ 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ください。

※ 回答にお時間がかかることがありますので、ご了承ください。