

アスリート診断事前調査票

氏 名 _____

3. ドーピングコントロールについて

(1)あなたは、薬剤を使用する際に、その薬剤がドーピングコントロール禁止薬であるか否かを確認していますか。

1. はい 2. 時々する 3. いいえ

(2)現在、または3か月以内に医師処方薬の薬剤や薬局(ドラッグストア含)で購入した市販薬を使用・服用していますか。

1. はい 2. いいえ

(3)上記(2)で”1:はい”に○を記入した方はその医薬品名を正確に記入してください。使用法については、外用(座薬等)・内服・点眼を選んで○を記入してください。

医薬品名(正式名称を書いてください)	製薬会社	使用法
		外用・内服・点眼
		外用・内服・点眼
		外用・内服・点眼
		外用・内服・点眼
		外用・内服・点眼
		外用・内服・点眼

(4)普段使用しているサプリメント(健康食品・栄養剤・ドリンク等)はありますか。ある場合は下の欄に記入してください。

商品名(正式名称を書いてください)	メーカー名

(6)ドーピングコントロールについて知りたいこと、不明なことがありましたら記入してください。
