**常用薬（医師の指示により定期的に使用している薬物）についての調査書**

※欄が不足する場合はコピーしてお使いください（2枚以上になる場合は、番号をつけて下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（ふりがな） |  |
| 競　技 |  |

1. **常用薬の使用はありますか？　無・有どちらかに☑を入れてください。**

 **□　無　→　これ以上の回答は不要です。**

 **□　有　→　②へ**

1. **調査を依頼したい医薬品についてご記入ください（内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、坐薬、注射などあらゆる医薬品が対象となります）。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 例：医薬品名（製品名or一般名）（メーカー） | ロキソプロフェン錠「EMEC」　　（エルメッド） | スポーツファーマシスト確認（有・無）又は、Global DRO検索（有・無） |
| 例：使用量（1日or 1回） | １日　　3回 ： 1回　　1（単位　錠） |
| 例：使用方法（○を）（注射：投与経路に〇を） | 内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、貼付、注射、坐薬、注射（静脈・筋肉・皮下・関節内・腱） | 使用可禁止物質不明 |
| 例：使用理由 | 痛み止め |
| 医薬品名（製品名or一般名）（メーカー） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） | スポーツファーマシスト確認（有・無）又は、Global DRO検索（有・無） |
| 使用量（1日or 1回） | １日　　 回 ： 1回　　　 （単位　　　） |
| 使用方法 | 内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、貼付、注射、坐薬、注射（静脈・筋肉・皮下・関節内・腱） | 使用可禁止物質不明 |
| 使用理由 |  |
| 医薬品名（製品名or一般名）（メーカー） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） | スポーツファーマシスト確認（有・無）又は、Global DRO検索（有・無） |
| 使用量（1日or 1回） | １日　　 回 ： 1回　　　（単位　　　） |
| 使用方法 | 内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、貼付、注射、坐薬、注射（静脈・筋肉・皮下・関節内・腱） | 使用可禁止物質不明 |
| 使用理由 |  |
| 医薬品名（製品名or一般名）（メーカー） | （　　　　　　　） | スポーツファーマシスト確認（有・無）又は、Global DRO検索（有・無） |
| 使用量（1日or 1回） | １日　　 回 ： 1回　　　（単位　　　） |
| 使用方法 | 内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、貼付、注射、坐薬、注射（静脈・筋肉・皮下・関節内・腱） | 使用可禁止物質不明 |
| 使用理由 |  |
| 医薬品名（製品名or一般名）（メーカー） | （　　　　　　　） | スポーツファーマシスト確認（有・無）又は、Global DRO検索（有・無） |
| 使用量（1日or 1回） | １日　　 回 ： 1回　　　（単位　　　） |
| 使用方法 | 内服、吸入、点耳、点鼻、点眼、塗布、湿布、貼付、注射、坐薬、注射（静脈・筋肉・皮下・関節内・腱） | 使用可禁止物質不明 |
| 使用理由 |  |

**※注 ： ドーピング禁止物質を使用しており、「治療使用特例（TUE）」が付与・承認されている場合は、TUE付与・承認書のコピーを貼付して下さい！TUE付与・承認書の有効期限が、2024年9月9日以降であることを併せて確認下さい。期限が迫っている方はご相談ください。**