

MDF (Medical Diagnostics Form) 作成の手引き

2016/12/27 JPAクラス分け委員会作成

2017年シーズンから、国際クラス分けを受ける必要がある選手については、World Para Athletics に登録する際に「Medical Diagnostics Form (以下、MDF)」を添付することが義務づけられました。
下記にしたがって、作成をお願いします。

<MDF の提出が必要な選手>

国際クラスステータスが以下に該当する者

1) New : N 2) Review : R

3) Fixed Review Data○○○○ (西暦) : FRD○○○○

※登録年度と同じ数字が割り当てられている者に限る。FRD2017のものはMDFが必ず必要

4) クラス分けマニュアルの変更等に伴いステータス R に変更となった者

<注意事項>

- MDF は、Para Athletics に参加する資格を有しているかを証明する重要な書類の一つです。かかりつけ医もしくは、専門医に相談の上、必要な検査を実施したうえで作成をお願いします。
- MDF (原本) に加え、次ページ以降に掲載してあります「肢体用」または「視覚用」の記載例を印刷し担当医にお渡しすることをお勧めします。
- MDF の記載内容とご自身の障がい状況や国際クラス分け時の問診に対する返答などに齟齬が生じると「正確なクラス分けが実施できない」という事でクラス分けが中止になる恐れがあります。したがって、MDF の記載内容については作成医師より説明を受けご自身も十分ご理解ください。
- 障がいの原因となっている部位を証明するための医学的資料 (レントゲンや CT、MRI 等) も MDF と共にご提出ください。
- 通常、診断書の作成のためには数日から 4 週間程度の時間 (病院によって異なる) が必要となりますので、余裕をもってご準備ください。
- かかりつけ医や近隣の医療機関での MDF の作成が困難である場合や、何か不明な点がある場合などは、JPA 事務局までご相談ください。

<MDF の書式の入手方法>

World Para Athletics ホームページ内の

<Classification> - <RULES & REGULATIONS> タグ内

VI Medical Diagnostics Form : 視覚障がい用

PI Medical Diagnostics Form : 肢体障がい用

URL : <https://www.paralympic.org/athletics/classification/rules-and-regulations>

肢体用（P I）MDFの記載方法について

MDF(Medical Diagnostics Form)は、全て英語で記載する必要があります。

選手は、クラス分けを受ける 6 週間前までに SDMS プロフィールにこの書類をアップデートしなくてはなりません。これは、IPC スポーツに参加する肢体不自由の全ての選手に用いられます。

選手の健康状態、機能障害、追加の医療情報などによっては、この書類に添付資料（2 ページ目参照）を付けることが求められています。

MDF(Medical Diagnostics Form)を、以下の記載例を参考に作成してください。

Athlete Information

Last name:	NIPPON (姓)		
First name:	TARO (名)		
NPC:	JAPAN	どちらかにチェック	
Gender:	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth:	20/3/1978 (日/月/西暦)
Sport:	Athletics	SDMS ID:	01234 (登録している SDMS ID を記載)
Years/months competing in the sport at national level:	3 years (競技歴を記入)		

Medical Information

Description of the Athlete's medical diagnosis and the loss of function this health condition results in:

○選手の医学的診断名のみでなく、それにより生じている機能障害についてなるべく詳細に記載してください。

- ・ 脊髄損傷：受傷原因、損傷部位、完全損傷 or 不完全損傷（ASIA、MMTなど）、脊椎固定術の有無と部位、脊柱側彎の有無と程度 など
- ・ 脳原性麻痺：受傷原因、麻痺の種類（痙直性 or アトローゼなど）、麻痺の部位と程度（Ashworth Scale） など
- ・ 切断、先天性奇形：受傷原因、切断部位、断端長 など
- ・ 関節機能障害：受傷原因、障害部位と程度（他動関節可動域） など
- ・ 筋力低下：受傷原因、障害部位と程度（MMT） など

○その他、現在治療中の疾患などがありましたら全て記載してください
例) 糖尿病、高血圧症など

Health condition is: progressive stable — どちらかにチェック

Medical history:

Health condition is: acquired congenital / どちらかにチェック

If acquired, age of onset: 28/8/1998 20 y. o. (後天性の場合、受傷日と年齢を記載。日/月/西暦)

Anticipated future procedure(s): 将来的な予後についての所見 (障害固定 or 進行性など)

Medication:

現在、継続的に内服、使用している薬について全て英語表記でご記入ください

Attachments:

この資料に記載されている健康状態とその結果の機能障害は、選手評価の間に選手から活動制限の証拠を完全に説明しなければならない。さもなければ、IPC スポーツ競技クラス分け規則に記載されているように、クラス分けパネルからクラスを割り当てられることが出来ません。

従って、以下に記す障害を持つ選手は、追加資料、最新資料、関連のある医学的資料をこの書類に添付しなければなりません。

- 機能障害や診断が明確な兆候と症状によって確認することが出来ない者
- 複雑またはまれな健康状態、もしくは重複する機能障害をもつ者
- 足関節、膝関節、手関節もしくは肘関節での四肢欠損（切断もしくは肢異常）である者；各関節のレントゲン写真を添付してください
- 脊髄損傷者；ASIA スケールの結果を添付してください
- 運動失調、アテトーゼもしくは筋緊張亢進に関連する協調性障害である者；Ashworth スケールの結果を添付してください。

医師、理学療法士、その他の健康専門職による追加検査のレポートは医学的診断情報を補足することに関連するところで歓迎されます。

IPC スポーツとクラス分けパネルは、個々の選手の健康状態と機能障害によってさらなる情報提出を要求するかもしれません。

※上記の障害の全てが資格のある障害を考慮されるというわけではなく、選手と NPCs/NFs は各 IPC 競技クラス分け規則で定められている資格のある障害を見るよう助言されています。

チェック

<input checked="" type="checkbox"/>	I confirm that the above information is accurate.	
Name:		
Health care profession:	診療科名をご記入ください	
Registration Authority and Number:	全て英語にて記載ください	
Address:		
City:	Country:	
Phone:	E-mail:	
Date:	Signature:	直筆にて署名をご記入ください

+81-3-1234-5678

日 / 月 / 西暦

+81-（市外局番の最初の0を除いた番号）

視覚障がい用
MDF記載例

Medical Diagnostics Form
for athletes with visual impairment

The form is to be completed in English and by a registered ophthalmologist.
All medical documentation required on pages 2-3 needs to be attached.
The form and the attached medical documentation may not be older than 12 months at the time of the Athlete Evaluation.

Athlete Information

Last name: _____
First name: _____
Gender: Female Male Date of Birth: _____
Sport: 競技名 _____ IF registration ID
NPC/NF: _____ (if applicable): _____
空欄で可

Medical Information

Diagnosis:

--

Medical history:

発症が不詳でも何歳と確認して記載する。極力unknownは避ける。

Age of onset: _____
Anticipated future procedure(s): _____
Athlete wears glasses: yes no Correction: Right: _____
使用していれば度数を記載 Left: _____
Athlete wears contact lenses: yes no Correction: Right: _____
Left: _____
Athlete wears eye prosthesis: right left

Medication:

Eye medications used by the athlete:	
Ocular drug allergies:	

Athlete:

Assessment of visual acuity and visual field

Visual Acuity

	Right eye	Left eye
With correction		
Without Correction		

Type of correction: _____

Measurement Method: _____

Visual Field: GPでは / 4 eの測定が必要

In degrees (radius)	Right eye	Left eye

Attachments to the Medical Diagnostic Form

1. Visual field test

For all athletes with a restricted visual field a visual field test must be attached to this form.

The athlete's visual field must be tested by full-field test (120 degrees) and a 30 degrees, 24 degrees or 10 degrees central field test, depending on the pathology.

One of the following perimeters should be used for the assessment: Goldmann Perimetry (Intensity III/4), Humphrey Field Analyzer or Octopus (Interzeag).

2. Additional medical documentation

Please specify which eye condition the athlete is affected by.

Eye condition	Additional medical documentation required (see below)
<input type="checkbox"/> Anterior disease	none
<input type="checkbox"/> Macular disease	<ul style="list-style-type: none">▪ Macular OCT▪ Multifocal and/or pattern ERG*▪ VEP*▪ Pattern appearance VEP*
<input type="checkbox"/> Peripheral retina disease	<ul style="list-style-type: none">▪ Full field ERG*▪ Pattern ERG*
<input type="checkbox"/> Optic Nerve disease	<ul style="list-style-type: none">▪ OCT▪ Pattern ERG*▪ Pattern VEP*▪ Pattern appearance VEP*
<input type="checkbox"/> Cortical / Neurological disease	<ul style="list-style-type: none">▪ Pattern VEP*▪ Pattern ERG*▪ Pattern appearance VEP*

Athlete:

The ocular signs must correspond to the diagnosis and degree of vision loss. If eye condition is obvious and visible and explains the loss of vision, no additional medical documentation is required. Otherwise the additional medical documentation indicated in the above table must be attached to this form. If the medical documentation is incomplete, the classifiers will not be able to allocate a sport class.

***Notes on electrophysiological assessments (VEPs and ERGs):**

Where there is discrepancy or a possible discrepancy between the degree of visual loss, and the visible evidence of ocular disease the use of visual electrophysiology is often helpful in demonstrating the degree of impairment.

Submitted data should include the report from the laboratory performing the tests, copies of the original data, the normative data range for that laboratory, and a statement specifying of the equipment used, and its calibration status. The tests should be performed as a minimum to the standards laid down by the International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

A Full Field Electretinogram (ERG) tests the function of the whole retina in response to brief flashes of light, and can separate function from either the rod or cone mediated systems. It does not however give any indication of macular function.

- A Pattern ERG tests the central retinal function, driven by the macular cones but largely originating in the retinal ganglion cells.
- A Multifocal ERG tests the central area (approx. 50 degrees diameter) and produces a topographical representation of central retinal activity.

A Visual evoked cortical potential (VEP) records the signal from produced in the primary visual cortex, (V1), in response to either a pattern stimulus or pulse of light. An absent or abnormal VEP is not in itself evidence of specific optic nerve or visual cortex problems unless normal central retinal function has been demonstrated.

- A Pattern appearance VEP is specialised version of the VEP used to establish visual threshold which can be used to objectively demonstrate visual ability to the level of the primary visual cortex.

<input type="checkbox"/> I confirm that the above information is accurate.	
<input type="checkbox"/> I certify that there is no contra-indication for this athlete to compete at competitive level in sport, with the exception of _____.	
Name: _____	
Medical Specialty: _____	
Registration Number: _____	
Address: _____	
City: _____	Country: _____
Phone: _____	E-mail: _____
Date: _____	Signature: 署名は日本語で問題無い

Athlete:

This Medical Diagnostic Form with attachments is to be submitted to the respective IF:

IF/ Sport	Address	To be submitted to:
IPC Sports - Alpine Skiing, Athletics, Nordic Skiing, Swimming	International Paralympic Committee Adenauerallee 212-214 53113 Bonn Germany	Upload to athlete's profile in the SDMS database at least four weeks before the competition
IBSA – Football 5-a-side, Goalball, Judo	IBSA Attn. Neil O'Donovan IBSA Executive Director 115 George's Street Lower, Dunleary, Co. Dublin Ireland	E-mail: exd@ibsa-sports.org
UCI - Cycling	UCI – Para-Cycling UCI Headquarters Chemin de la M��lee 12 1860 Aigle Switzerland	Fax +41-24-468-5812 E-mail: christophe.cheseaux@uci.ch
FEI - Equestrian	Fédération Equestre Internationale HM King Hussein I Building Chemin de la Joliette 8 1006 Lausanne Switzerland	Fax +41 21 310 4760 E-mail: trond.asmyr@fei.org
FISA - Rowing	FISA Attn. FISA Head of Classification Maison du Sport International Av. de Rhodanie 54 1007 Lausanne Switzerland	Fax +41 21 617 8375 E-mail: info@fisa.org with attn. FISA Head of Classification
IFDS - Sailing	IFDS Ariadne House Town Quay Southampton, Hampshire SO14 2AQ United Kingdom	Fax. +44 23 8063 5789 E-mail: ifds@isaf.co.uk
ITU - Triathlon	International Triathlon Union (ITU) #221, 998 Harbourside Dr. North Vancouver, BC, Canada, V7P 3T2	E-mail: eric.angstadt@triathlon.org