

MDF (Medical Diagnostics Form) 作成の手引き

2015/3/1 JPAクラス分け委員会作成

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 アテトーゼなど)、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: 28/8/1993 (後天性の場合、受傷日を記載。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資料は医学的診断情報を補足するため推奨されます。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関してさらに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 スポーツ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:		
Registration Authority and Number:		
Address:		
City:	Country:	
Phone:	E-mail:	
Date:	Signature:	

全て英語にて記載ください

+81-3-1234-5678

日 / 月 / 西暦

直筆にて署名をご記入ください

+81-（市外局番の最初の0を除いた番号）