原則
＊記載はすべて英語・大文字に記載し、略号は使用しないこと
＊12か月以内に作成されたMDF（添付する検査データも同様に12か月以内）が有効であること
＊□（チェックボックス）については、該当する項目にチェックをを記入すること
＊各検査の添付データは、カラー画像はカラーにて印刷すること
＊電気生理学的検査（ERG/VEP)は、別紙でMDFを作成した臨床医による検査所見のレポートおよび日付・署名を記載すること

視覚障がい用MDF
作成の手引き

Medical Diagnostics Form
for athletes with Vision Impairment

青字：記載例
赤字：注意事項など

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: 姓　NIPPON

First name: 名　TARO

Gender: Female ❑ Male ❑

Date of Birth: 30/12/2018
日／月／西暦の順で記入

Sport: ATHLETICS

NPC/NF: JAPAN

IF registration ID (if applicable): ３２５４７６
SDMSナンバー（空欄でも可）

Medical Information

Diagnosis:

疾患名を記載　BOTH EYES、RIGHT EYE、LIFT EYE　とどちらの眼か記載すること
例）RETINITIS PIGMENTOSA　PERSISTENT HYPERPLASTIC PRIMARY VITREOUS
LEBER HEREDITARY OPTIC NEUROPATHY　ALBINISM
GLAUCOMA　MACULAR HYPOPLASIA
DIABETIC RETINOPATHY　RETINOPATHY OF PREMATURITY
MICROPHTHLMOS
etc

※発症日が不詳であっても、何歳と確認して記載してください。
極力「UNKOWN]は避けてください。

Medical history:

Age of onset: 20 YEARS OLD　または、CONGENITAL

Anticipated future procedure(s): NONE、POSSIBLY SURGERYなど

Athlete wears glasses: ❑ yes ❑ no　Correction: Right: ＿＿＿＿　Left: ＿＿＿＿

Athlete wears contact lenses: ❑ yes ❑ no　Correction: Right: ＿＿＿＿　Left: ＿＿＿＿

Athlete wears eye prosthesis: ❑ right ❑ left

＊眼鏡、コンタクトレンズ使用の際は度数を記載すること
使用していればYESにチェックし度数を記載。なければNOにチェック

原則
＊記載はすべて英語・大文字に記載し、略号は使用しないこと
＊12か月以内に作成されたMDFが有効であること
＊□（チェックボックス）については、該当する項目にチェックをを記入すること
＊各検査の添付データは、カラー画像はカラーにて印刷すること
＊電気生理学的検査（ERG/VEP)は、別紙でMDFを作成した臨床医による検査所見のレポートおよび日付・署名を記載すること

Athlete Name: SDMS No:

Medication:

Eye medications used by the athlete:	NONE　または、使用中の薬剤名（英名）
Ocular drug allergies:	NONE　または、眼科関連薬剤でアレルギーがあれば英語表記

Assessment of visual acuity and visual field

＊検眼レンズ使用の際にはその度数を併記すること
＊小数視力で記載の場合、「DECIMAL VISUAL ACUITY」と併記すること
＊SNELLEN、LOGMARで記載の場合は、そのことを記載すること

Visual Acuity

	Right eye	Left eye
With correction	NON-CORRECTED	0.05X - 1.50 = CYL - 1.00A × 150
Without Correction	HAND MOTION	0.01

Type of correction: GLASSES

Measurement Method: LANDOLT C　　ランドルト環での視力測定で問題なし

＊直径の記載もしくは　AS PER THE ATTACHED SHEETと記載（いずれも検査結果を添付すること）

Visual Field:

In degrees (diameter)	Right eye	Left eye
	AS PER THE ATTACHED SHEET	AS PER THE ATTACHED SHEET

Attachments to the Medical Diagnostic Form (NB)

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 (mandatory)**

Please specify which eye condition the athlete is affected by.
↓　以下の症状に該当する場合、右表に指定された検査資料を添付してください。

Eye condition	Additional medical documentation required (see below)
❑ Anterior disease	none
❑ Macular disease	▪ Macular OCT ▪ Multifocal and/or pattern ERG* ▪ VEP* ▪ Pattern appearance VEP*
❑ Peripheral retina disease	▪ Full field ERG* ▪ Pattern ERG*
❑ Optic Nerve disease	▪ OCT

原則
＊記載はすべて英語・大文字に記載し、略号は使用しないこと
＊12か月以内に作成されたMDF（添付する検査データも同様に12か月以内）が有効であること
＊□（チェックボックス）については、該当する項目にチェックをを記入すること
＊各検査の添付データは、カラー画像はカラーにて印刷すること
＊電気生理学的検査（ERG/VEP)は、MDFを作成した臨床医による検査所見および日付・サインを記載すること

Athlete Name: SDMS No:

	▪ Pattern ERG* ▪ Pattern VEP* ▪ Pattern appearance VEP*
❑ Cortical / Neurological disease	▪ Pattern VEP* ▪ Pattern ERG* ▪ Pattern appearance VEP*

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 Electrophysiolgy of Vision (ISCEV) (http://www.iscev.org/standards/).

A Full Field Electroretinogram (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.

＊ERG/VEPについて
・ISCEV基準に準拠した検査方法で実施すること
・使用した検査機器の明示
・刺激光および背景光のキャリブレーションの実施
・使用した検査機器の正常波形の添付（添付資料参照）
・実際の検査した各波形検査結果の添付
・別紙にて、MDF作成した臨床医による検査所見のレポートおよび日付・署名を記載すること

Athlete Name: SDMS No:

↓ □にチェックを記入

❑ I confirm that the above information is accurate.			
❑ I certify that there is no contra-indication for this athlete to compete at competitive level.			
Name:			
Medical Specialty:	診療科目 OPHTHALMOLOGY		
Registration Number:	№000000 （医籍登録番号）		
Address:	勤務先住所		
City:		Country:	JAPAN
Phone:	+81-市外局番の先頭の０を省く	E-mail:	
Date:	24/10/1980 日/月/西暦	Signature:	直筆にてご署名ください。日本語可

This Medical Diagnostic Form with attachments is to be submitted to World Para Athletics:

Address	**To be submitted to:**
World Para Athletics International Paralympic Committee Adenauerallee 212-214 53113 Bonn Germany	Upload to athlete's profile in the SDMS database upon registration.

原則
＊記載はすべて英語・大文字に記載し、略号は使用しないこと
＊12か月以内に作成されたMDF（添付する検査データも同様に12か月以内）が有効であること
＊□（チェックボックス）については、該当する項目にチェックをを記入すること
＊各検査の添付データは、カラー画像はカラーにて印刷すること
＊電気生理学的検査（ERG/VEP)は、別紙でMDFを作成した臨床医による検査所見のレポートおよび日付・署名を記載すること