

JPA クラス分け診断書（肢体障がい）

一般社団法人 日本パラ陸上競技連盟の国内クラス分けにおいて、選手の障がい種類、障がい程度などが重要な要素の一つとなります。下記必要項目は担当医師がご記入ください。

選手は下記必要項目を担当医師にご記入いただいた上、クラス分け委員会までご提出ください。

基本情報

氏名（フリガナ）：	性別：女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/>
生年月日（西暦）： 年 月 日 歳	都道府県：

医学情報

① 診断名	※ 選手の運動制限を生じさせている主たる診断名をご記入ください。
② 障がいの状態 当てはまるものに☑ をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> 治療中（機能訓練継続中） <input type="checkbox"/> 進行性 <input type="checkbox"/> 変動がある <input type="checkbox"/> 後天性（発症/受傷（西暦） 年 月 日） <input type="checkbox"/> 先天性
③ 障がい種類 ※①から生じている 主たる機能障がいの 種類	選手に現在認められる身体症状に☑をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 筋緊張亢進 <input type="checkbox"/> アテトーゼ <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節可動域障害 <input type="checkbox"/> 脚長差 <input type="checkbox"/> 四肢欠損/切断 <input type="checkbox"/> 低身長（身長： cm） <input type="checkbox"/> 上記以外（)
③ 治療歴	※身体機能に影響する治療、手術などについて実施時期、実施内容をご記入ください
④ 現 症	※運動機能障害が生じている身体部位とその制限程度等について概要をご記入ください

JPA クラス分け診断書（肢体障がい）

⑤定期薬

⑥その他症状 ※③以外で現在認められる症状がありましたら☑をご記入ください。

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 視覚障がい | <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> 関節の過可動性/不安定性 | <input type="checkbox"/> 知的障がい |
| <input type="checkbox"/> 内科疾患 | <input type="checkbox"/> 筋力の持久性低下 | <input type="checkbox"/> 聴覚障がい | <input type="checkbox"/> 循環器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> 疼痛 | <input type="checkbox"/> その他： | |

上記にて☑をつけた症状について、状況をご記入ください。

資料添付のお願い

下記障がいに該当する方については別途必要書類の添付をお願いします。

状態によっては追加で資料提出をご依頼することもあります。

- ・ 脊髄性障がい（脊髄損傷、頸髄損傷）：ASIA スケール
- ・ 脳原性障がい（脳性麻痺、脳血管障害など）：Ashworth スケール
- ・ 四肢形成不全・切断：断端部のレントゲン画像 など

作成日：(西暦) 年 月 日

医療機関名： _____

住 所： _____

診療科名： _____ 医師氏名： _____ 印

電話番号： _____

E-mail : _____

書類作成にあたりご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

一般社団法人 日本パラ陸上競技連盟 クラス分け委員会

jpa-classification@para-ath.org