

JPA 視覚障がい（VI）クラス分け診断書

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、選手の障がい程度と障がい状況が重要な要素の一つとなります。なお、本診断書記載にあたっての特別な資格は不要であり、すべての眼科医にお書きいただけます。（選手は下記必要項目を担当医師にご記入いただいた上、最終的にクラス分け運営委員会までご提出ください。）

選手基本情報

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

視覚障がいの原因疾患

主な疾患名			
発症時期	頃	今後の病状	（いずれかに○をしてください） 進行 ・ 安定 ・ 不明

薬剤

選手が使用する眼科用剤	
眼科用剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的に ）

眼鏡等

競技中の眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	右	×S	D C	D Ax	°
		左	×S	D C	D Ax	°
競技中のコンタクトレンズ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	右	×S	D C	D Ax	°
		左	×S	D C	D Ax	°
義眼装用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

視力・視野

視力検査

右眼	Vd=	(×S	D C	D Ax	°)
左眼	Vs=	(×S	D C	D Ax	°)

矯正方法（いずれかに○をしてください）： 手持ち眼鏡・コンタクトレンズ・検眼鏡・その他（ ）

※できるだけ検眼鏡での矯正視力をご記載ください。

視力測定方法（いずれかに○をしてください）： ランドルト環・BRVT・ETDRS・その他（ ）

視野検査

視野の範囲 (直径)	右眼	
	左眼	

記載例) ゴールドマン視野計では III/4e の直径範囲 (方向は問わず、暗点を除いた最大径)、測定不能、何らかの狭窄を認めるが該当せず、異常なし 等

診断書への添付資料

1. 視野検査結果 (必須)

※直近 1 年以内の視野検査結果の添付が必須です。

※ゴールドマン視野計ないしは自動視野計 (機種は問いません) で検査をお願いいたします。

※ゴールドマン視野計では、III/4e も必ず測定ください。自動視野計での検査は必ず全視野 (120 度)

かつ中心視野検査 (病態に応じて 30、24、10 度のいずれか) の 2 種類 が必要です。

2. 追加の医療文書 (原則必須)

該当する眼疾患に していただき、前眼部疾患を除いて追加添付資料を添付してください。

なお、ERG は RETeval も可です。

眼疾患	追加添付資料
<input type="checkbox"/> 前眼部疾患	不要
<input type="checkbox"/> 黄斑疾患	OCT (可能なら Multifocal ERG と VEP)
<input type="checkbox"/> 周辺部網膜疾患	OCT ERG
<input type="checkbox"/> 視神経疾患	OCT VEP
<input type="checkbox"/> 皮質/神経学的疾患	ERG (可能なら VEP)

上記に相違ないことを証明いたします。

作成日:	(西暦)	年	月	日
医療機関名:				
住所:				
診療科:				
氏名:	Ⓜ			
電話番号:				
電子メール:				

※状況によっては、追加資料のお願いをさせていただく場合がございます。

ご協力いただき誠にありがとうございます。書類作成にあたりご不明な点がございましたら、お気軽に下記までご連絡ください。