**クラス分け診断書(MDF\_PI)**

クラス分けにおいては、選手の障がいの種類、障がいの程度などが重要な要素の一つとなります。選手の障がいについて、下記必要項目を担当医師にご記入頂き、ご提出ください。なお、状態によっては、追加の資料の提出をお願いすることがあります。

選手個人情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ）：  | 性別：男性□　女性□ |
| 生年月日（西暦）：　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　歳） | 都道府県：  |

医学情報

|  |  |
| --- | --- |
| ①診断名（健康状態） | ※選手の運動制限を生じさせている主たる診断名   |
| ②現症 | ※運動機能障がいが生じている身体とその制限程度等の概要     |
| 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□筋力低下　□運動失調　□脚長差　□関節可動域障がい　□アテトーゼ　□四肢欠損/切断　□高血圧症　□筋緊張亢進　□上記以外( ) |
| ④障がいの状態 | □症状固定　□治療中（機能訓練継続中）　□進行性　□変動がある |
| ⑤発症時期 | □後天性（発症/受傷（西暦）　　　　年　　月　　日）　　□先天性 |
| ⑥治療歴 | ※身体機能に影響する治療、手術などの実施時期、実施内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ⑦定期薬 | ※投与量と投与理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ⑧その他の症状※③以外で現在認められる症状がある場合 | □視覚障がい　□呼吸器疾患　□関節の過可動性/不安定性　□知的障がい　□代謝機能障がい　□内科疾患　□筋力の持久性低下　□聴覚障がい　□循環器疾患　□精神疾患　□疼痛　□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を提出をお願いすることがあります。

・脊髄性障がい：（脊髄損傷、頸髄損傷）：ASIAスケール

・関節可動域障がい：（障がいの原因と可動域に関するレポート）

・脳原性障がい（脳性麻痺含む）：Australian Spasticity Assesment Scale(ASAS)、反射、痙攣の出現、クローヌス、振戦、強直、ジストニア、ジスキネジア、脳の損傷部位のMRIもしくはCT画像

・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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：

Email：