**クラス分け診断書(MDF\_VI)**

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眼疾患名：

①発症時期：

②今後の障がいの状態：

③眼鏡の使用　　　　　　□はい　□いいえ　　矯正視力　右：　　　　　　左：

コンタクトレンズの使用　□はい　□いいえ　　矯正視力　右：　　　　　　左：

人工器官（義眼）の使用　□右　　□左

**視力/視野評価**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 視力 | 右目 | 左目 |
| 矯正あり |  |  |
| 矯正なし |  |  |

矯正の種類：

評価方法：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 視野 | 右目 | 左目 |
| 度数 |  |  |

**薬**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬物 |  |
| 薬物アレルギー（眼） |  |

**資料添付のお願い**

視野に制限のある選手は、視野テストの結果：左右眼のゴールドマン視野検査（III/4eイソプタでの計測を含む）を別途、添付をお願いいたします。

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：