JPAF　クラス分けメディカルチェックシート

記入日　西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（日本語） | 苗字（日身） | 名前（太郎） |
| 氏名（英語）パスポートに記載の通り | Surname（Nissin） | First name（Taro） |
| 生年月日、年齢(記入日)、性別 | 西暦　　　　年　　月　　日生 | 　　歳 | 女・男 |
| 医師より受けた主な診断名、診断日 | 例）診断名：外傷性脊髄損傷（Th12）診断日：2018年7月13日　診断名：診断日：西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 診断に伴う障害 | 例）両下肢麻痺 |
| 診断を受けた病院 |  |
| 最終受診日（評価日） | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 担当医師名・担当科 |  |
| 上記以外の診断をされている場合の診断名と診断日　(すべて記入) | ・・・ |
| 弓を持つ手 | 　右　　・　　左 |
| 行射スタイル | 立位　・　台（スツール）　・　車いす　 |
| バランス | 立位　（可・壁などの支えがあれば可・不可）　座位　（可・不可） |
| 歩行 | 可・手摺りや杖など支えがあれば可・不可 |
| 行射時に使用する補装具など（補助用具） | なし義肢（上腕・前腕・大腿・下腿）車いす杖（松葉杖・クラッチ・その他　　　　　　　　　　　　）台（スツール）足乗せ台アシスタント（矢つがえ補助）ストラップ（肩、体幹、足）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 筋力検査や関節可動域テストなどを実施したときに痛みが出現する可能性 | ある　　・　　ない |

※指定された日時までに記入の上、メールに添付して送ること。

※クラス分けにおける検査には全力で取り組んでいただく必要があるため、障がい部位に痛みがある場合や、他動的な検査をした時に痛みが出現した場合、検査を中止することがあります。