（様式―３　メディカルチェックシート）

国内クラス分けメディカルチェックシート

基本情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　名　(日本語) |  | | 性　別 | | □女性　□男性 |
| パスポートと同一のローマ字表記 |  | | 全ア連登録No | |  |
| 生年月日(西暦) | 年　　月　　日生 | 歳※ | | 都道府県 : | |

医学的情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記入日時点での年齢を記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主な診断名と診断日※医師から受けた診断名を記入 | 例）診断名：脊髄腫瘍（Th7）　　　　　　　　　 診断日：2020年1月20日  診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　診断日：　　　年　　月　　日 | | |
| 障害の状態  ※該当するものに✔︎をつける | □症状固定　　□治療中(リハビリ継続)　　□進行性　　□変動がある | | |
| 診断に伴う障害 | 例）体幹、両下肢麻痺　(不全) | | |
| 主な診断に関する  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 | | |
| 最終受診日  （評価日） | 20　　　年　　月　　日 | | |
| 上記以外の診断名と診断日  ※ある場合はすべて記入 | ・  ・ | | |
| 痛みの有無 | □ない　　□ある　　⬇「ある」と回答された方  痛みが出現する状況をお教えください。＜例：腕を頭上に上げたとき＞  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 競技および基本動作情報 | | | |
| 弓を持つ手(押し手) | □右　□左 | 行射スタイル | □立　位〔台（スツール）使用含む〕  □車いす |
| 姿勢の保持 | □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 | | |
| 行射時及び矢取時に使用する競技用補助具など | □なし　□義肢（□上腕　□前腕　□大腿　□下腿）　□車いす　□スツール　　□杖（□松葉杖　□クラッチ　□その他：　　　　　　　　　　　）  □足乗せ台　□ストラップ（□肩　□体幹　□足）  □アシスタント（矢つがえ補助）□その他（　　　　　　　　　 　　　　） | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人　全日本アーチェリー連盟