

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	名前
氏名（英語）	Surname	First name
<u>パスポートに記載の通り</u>		
誕生日、年齢、性別	西暦	年 月 日 生 歳 女・男
疾患名・外傷名 (疾患が複数ある場合は すべて記入)	例) 脊髄損傷 C6 不全 ・ ・ ・	
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 ※「ある」場合は、クラス分けが受けられません。 また、「ない」と記入しており、検査時に痛みが出現した場合は 検査を中止する場合があります。	
所在地	都・道・府・県	

指定された日時までにメールで送ること。