

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)	Surname (Nissin)	First name (Taro)
<u>パスポートに記載の通り</u>		
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。