



一般社団法人 日本障がい者バドミントン連盟

クラス分け医療情報

注意

- この医療情報は、競技のためにクラス分けを希望する選手自身が記入しなければなりません。
- 提供される個人情報は、JPBF データベースに登録致します。また、重要機密として扱い、クラス分けに関する事以外には使用しません。
- 必要時に X 線や MRI 等の提出を依頼することがあります。当連盟クラス分け委員から依頼があった場合は提出にご協力ください。
- 痛みによる制限のみの場合は、クラス分けの対象として考慮されません。

記入日： 年 月 日

1. 選手情報

氏名（ふりがな）		性別	男 ・ 女
生年月日（年齢）			
現住所			
大会名			
クラス分け実施日			

※太枠内のみ記入。

2. 障害名と傷病名

等級、交付日、障害名（障がい者手帳に記載されているものを記入）

障害等級： 種 級 、 交付日： 年 月 日

障害名：

障害の原因となった傷病名（例：脊髄損傷、脳梗塞、四肢欠損等、切断等の傷病名）

今後の手術予定や進行状況など、今後の障害及び症状の変化に影響がありそうな事項がありましたら
ご記入ください。

3. 過去2年間以内の手術歴

過去2年間に実施した手術があれば、内容を記載してください。
(記入例：平成27年12月 右膝靭帯移植術等)

4. 使用医薬品

現在使用している医薬品・サプリメントを記載してください。

これらの情報が、真実かつ正確な医療情報であることを宣言します。

選手自署： _____

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日