

別表3 (一社) 日本パラ水泳連盟視覚障害クラス分け用診断書

記載日 西暦 年 月 日

ふりがな

患者氏名 : 性別 : 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 年 月 日生 () 歳

診断名 :

<p>眼所見 (前眼部、 中間透光体、眼 底、その他)</p> <p>前眼部と眼底写真は必 須、そのほか疾患を証 明する検査結果を添付 のこと</p>	
<p>右視力</p>	<p>RV= (x D = D Ax) *</p>
<p>左視力</p>	<p>LV= (x D = D Ax) *</p> <p>* 競技に使用するしないにかかわらず矯正視力も測定のこと。</p>
<p>視野</p>	<p>ゴールドマン動的視野だと III-4e、 ハンプリー静的視野だと Full Field 120 Point Screening Test III White という条件で測定してください。</p> <p>検査結果のコピーを添付のこと。検査は3か月以内のものに限る。</p> <p>結果 <u>直径10度未満</u> ・ <u>直径40度未満</u> ・ 測定不能</p> <p>何らかの狭窄を認めるが該当せず ・ 異常なし</p>
<p>経過及び特記事項(義眼、飛び込み禁止など競泳競技における医学的留意点があれば記載してください。)</p>	

医療機関名

住所 〒

電話

e-mail

医師名

印