別添２　　（一社）日本パラ水泳連盟 視覚障害クラス分け用診断書（全国大会用）

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：

| | |
|---|---|
| 眼所見（前眼部、中間透光体、眼底、その他）<br>＊眼底検査等添付 | |
| 右視力 | RV=　（　　x　　D　＝　　D　Ax　　） |
| 左視力<br>*オートレフの結果添付 | LV=　（　　x　　D　＝　　D　Ax　　）<br>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。 |
| 視野<br>＊検査結果添付 | ゴールドマン動的視野だとⅢ-4e、 ハンフリー静的視野だと Full Field 120 Point Screening Test Ⅲ　White という条件で測定してください。<br>結果　直径１０度未満　・　直径 40 度未満　・　測定不能<br>何らかの狭窄を認めるが上記に該当せず　・　異常なし |
| 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。) | |

※検査結果は6か月以内のものを有効とする。

上記のとおり、診断します。
西暦　　年　　月　　日

医療機関名
住所〒
電話

医師名（自署または印）

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝以下は連盟記載欄＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

| クラス判定日 | クラス | COE | 判定者 |
|---|---|---|---|
| | 11　12　13　21(NE) | T　B　ナシ | |