

第20回全国車いすマラソン大会参加申込書

A欄

ふりがな 氏名			都道府県は ま た は 指定都市名	
生年月日	T S H	年 月 日	性 別	男 ・ 女
傷病原因			受発年 月	傷病日 年 月 日
傷病名			瘻直性	強・中・弱・無
現	脊損	第 頸 胸 腰 髓節以下	完 全 麻痺 不完全	
	ポリオ	脊柱の変形	有 ・ 無	
症	切断	切断部位	両大腿 ・ 片大腿 ・ 両下腿 ・ 片下腿	
	脳原性	麻痺	瘻直型 アテトーゼ型 その他	
		麻痺部位	四肢麻痺 両下肢麻痺	

B欄(不完全麻痺又はポリオの者のみ記入)

徒手筋力テスト表		右	左
上肢	上腕三頭筋		
	手関節	屈筋群	
		伸筋群	
	手内在筋		
腹筋	下部腹筋		
下肢	股関節	屈筋群	
		伸筋群	
		内転筋群	
		外転筋群	
	膝関節	屈筋群	
		伸筋群	
	足関節	背屈筋群	
		底屈筋群	
下肢筋力の合計点数			

C欄

座位バランス	有 ・ 無
--------	-------

D欄

クラス (いずれかに○)	1	2	3
--------------	---	---	---

※15回大会からクラス分けが変更されています。

上記のとおり診断します。
平成 年 月 日

医療機関名

医師名

診療科名

印

※記入については裏面を参照してください。(記入要領4に該当する方以外は医師の診断書は不要です)

※15回大会からクラス分けが変更(5クラス→3クラス)になっておりますので、ご注意ください。
(クラス分けについてはP. 3の表をご覧ください。)

(記 入 要 領)

1. ハーフマラソン出場希望者のみ提出すること。
2. 日本車椅子バスケットボール連盟の発行する登録手帳を所持する方
 - ① 申込者本人で手帳により診断書を記入すること。
 - ② 登録手帳の関係事項の写しを添付すること。
3. 過去に、各種車いすマラソン大会(例:大分国際車いすマラソン大会)に出場し、クラス分けの認定を受けたことのある方
 - ① 申込者本人でD欄に記入すること
 - ② クラス分けの認定を受けた関係書類の写しを添付すること。
 - ③ 過去に本大会の旧クラス分け(5クラス)の認定を受けられた方は、クラス分け(3クラス)表(P. 3)をご参照の上、申込者本人でクラスを記入し、過去に認定を受けた際の関係書類を添付して下さい。
(ご本人の記入されたクラスが適当でなかった場合には、事務局でクラスを変更させていただきます。)
4. 上記2. 3. 以外の方
医師(外科または整形外科医)に当該診断書を作成してもらうこと。