**岡山大学病院　パラアスリートヘルスケア外来　事前問診票**

記載日：　　　年　　月　　日

氏名：　　　　　　　　　年齢：　　歳　性別：男・女　生年月日　　　　年　　月　　日

氏名（ひらがな表記）：

住所：〒

電話番号（自宅）：　　　　　　　　　　　（携帯電話）：

* 平日の日中に連絡のつく番号をご記載ください

岡山大学病院の診察券番号（お持ちの場合のみ）：

1. **受診の目的**

* 日本パラスポーツ協会指定メディカルチェック
* 国際クラス分け診断書（MDF）作成
* その他：

**２．障害に関連する内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 障害の原因となる疾患・怪我  （例：脳性麻痺） |  |
| 障害名  （例：左片麻痺） |  |
| 身体障害者手帳の詳細  （例：2級　左上下肢の機能の著しい障害） |  |
| 発症日  （およそでも構いません） | 年　　月　　日 |
| 常用薬 | * あり（お薬手帳を持参してください）   ：   * なし |
| 担当医に相談したいことがあれば記載してください |  |

**３．パラスポーツ競技に関する内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 競技種目 |  |
| クラス（未確定の場合はその旨をご記載ください） |  |
| 競技歴 | 年 |
| 国際大会への出場経験はありますか？ | * あり（　　　　年から）　　・　なし |
| プレー時に車いすを使用しますか？ | * はい　　　　　　　　　　　・　いいえ |

**４．受診のご案内**

【受診希望日】

第１希望　　　　年　　　月　　　日（火）13〜16時

第２希望　　　　年　　　月　　　日（火）13〜16時

第３希望　　　　年　　　月　　　日（火）13〜16時

* 申し込み後に担当医からご連絡し、日時を決定させていただきます。

【受診当日に持参いただく物】

・記載されたこの事前問診票

・健康保険証

・岡山大学病院の診察券（お持ちの方のみ）

・お薬手帳

（※ 日本パラスポーツ協会所定メディカルチェック希望の方）

・医師診断書（日本パラスポーツ協会所定の書式）

（※ 国際クラス分け診断書（MDF）作成希望の方）

・MDF（国際競技団体のサイトなどからダウンロードしたもの）

・身体障害者手帳

・パスポート　（お名前の英語表記確認のため）

・過去の国際クラス分けカード（国際クラス分け**再チェック**を希望する方のみ）