



## 선수장애를 위한 의료진단 양식

해당 양식은 반드시 선수의 건강상태를 다루는 적절한 의료분야에 등록된 의사에 의해 작성되어야 한다.

첨부된 의료문서와 함께 작성 완료된 양식은 반드시 해당 선수가 참가하고 있는 대회의 1차 엔트리 이후 즉시 등급분류 위원장 ([ebarsai@ittf.com](mailto:ebarsai@ittf.com))에게 제출되어야 한다. 이는 모든 장애인탁구에서 경기를 치르는 모든 지체장애 선수들에게 적용된다. 선수의 건강상태와 장애에 따라 추가적인 의료정보가 해당양식에 첨부될 수 있다.

### 주의

선수 등급분류 평가 중 관찰된 장애의 측정은 반드시 하단에 작성된 진단서와 일치해야 한다. 의료 문서가 불완전한 경우, ITTF 장애인탁구위원회는 추가적인 정보를 요청할 수 있는 권한을 가진다. 다음의 정보가 없이는 해당 선수는 선수 등급분류 평가를 진행할 수 없다.

### 선수정보

(국내패럴림픽위원회 또는 국내 연맹에 의해 사전작성)

성			
이름			
성별	<input type="radio"/> 여성 <input type="radio"/> 남성	생년월일	
NPC/NF		선수ID	
<input type="radio"/> 선수스포츠 등급상태 신규 <input type="radio"/> 선수스포츠 등급상태 재검			



## 의료정보

주의 : 다음의 의료진단 목록들은 예시를 보여주는 것이며 완전한 내용이 아니다.

적격장애 (✓ 체크)	장애유형 관련 의료진단명 (✓체크 또는 추가)	의료진단 보조문서(자료) (✓체크/추가, 양식과 함께 제출해 주십시오.)
<input type="checkbox"/> 근육 손상	<input type="checkbox"/> 척추손상 <input type="checkbox"/> 근디스트로피 <input type="checkbox"/> 척추뼈갈림증 <input type="checkbox"/> (척수성) 소아마비 <input type="checkbox"/> 다발성 경화증 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> ASIA 스케일 <input type="checkbox"/> 근전도 검사 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> 조직검사 <input type="checkbox"/> 기타_____
<input type="checkbox"/> 타동적가동역 손상	<input type="checkbox"/> 관절 굽음증 <input type="checkbox"/> 관절 구축증 <input type="checkbox"/> 정신적 외상 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> 사진 <input type="checkbox"/> 관절 제한의 각도측정
<input type="checkbox"/> 운동 실조 <input type="checkbox"/> 아테토시스 <input type="checkbox"/> 근육긴장항진	<input type="checkbox"/> 뇌성마비 <input type="checkbox"/> 외상성 뇌손상 <input type="checkbox"/> 다발성 경화증 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> 변형된 애쉬워스 스케일 <input type="checkbox"/> 뇌 MRI 또는 TC스캔 <input type="checkbox"/> 기타_____
<input type="checkbox"/> 다리길이 차이	<input type="checkbox"/> 정신적 외상 <input type="checkbox"/> 지체이상 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> 사진 <input type="checkbox"/> 기타_____
<input type="checkbox"/> 단신	<input type="checkbox"/> 연골발육부전 <input type="checkbox"/> 골형성부전 <input type="checkbox"/> 성장호르몬 기능장애 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> 사진 <input type="checkbox"/> 기타_____
<input type="checkbox"/> 사지결손	<input type="checkbox"/> 지체 이상 <input type="checkbox"/> 외상성 절단 <input type="checkbox"/> 골암 <input type="checkbox"/> 기타_____	<input type="checkbox"/> 진료보고 <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> 사진 <input type="checkbox"/> 기타_____



**병력 :**

선수 건강상태	<input type="checkbox"/> 안정적	<input type="checkbox"/> 점진적	<input type="checkbox"/> 유동적	<input type="checkbox"/> 영구적
발병연력	(년)		<input type="checkbox"/> 선천적인	
과거 치료사항				
현재 치료사항				
향후 치료방안				

<p><b>의료진단에 대한 추가적인 세부사항 (필요시 작성)</b></p>          
---

<p><b>약물처방과 처방사유</b></p>          
--

<p><b>□본인은 상기의 (의료)정보들이 정확하며 최신의 자료임을 확인한다. (의사작성)</b></p>			
성명			
전공분야			
등록번호			
주소			
도시		국가명	
전화번호		이메일	
일자		서명	



## Medical Diagnostics Form for Athletes with physical impairment

The form must be completed in English by a registered medical doctor (M.D.) with a specialization in the appropriate medical field dealing with the Athlete's Health Condition.

The completed form with attached medical documentation must be sent to Classification Secretary ([ebarsai@ittf.com](mailto:ebarsai@ittf.com)) immediately after the first entry of the tournament that the Athlete is attending. This applies for all athletes with physical impairment competing in Para Table Tennis. Depending on the athlete's health condition and impairment, additional medical information is to be attached to this form (see page 2).

### Note

The measurement of impairment seen during athlete evaluation must correspond to the diagnosis indicated below. If the medical documentation is incomplete, ITTF-PTT holds the right to request further information. In absence of such information, the athlete will not be able to proceed with Athlete Evaluation.

### Athlete Information

(to be prepopulated by the NPC or the NF)

Family name:			
Given name:			
Gender:	Female	Male	Date of Birth: (dd/mm/yyyy)
NPC/NF:		Athlete ID:	
<input type="checkbox"/> Athlete's Sport Class Status is New <input type="checkbox"/> Athlete's Sport Class Status is Review			



## Medical Information

*Note: The list of medical diagnoses shows examples and is not exhaustive.*

Eligible Impairment (tick)	Name medical diagnosis relevant to impairment type (tick or add)	Documents to support the diagnosis (tick/add and please submit together with this form)
Impaired muscle power	Spinal Cord Injury Muscular Dystrophy Spina Bifida Polio Myelitis Multiple sclerosis Other_____	Medical Report ASIA scale Electromyography MRI X-rays Biopsy Other_____
Impaired passive range of motion	Arthrogryposis Joint Contractures Trauma Other_____	Medical Report X-rays Photographs Goniometric measures of joint limitations
Ataxia Athetosis Hypertonia	Cerebral Palsy Traumatic brain injury Multiple Sclerosis Stroke Other_____	Medical Report Modified Ashworth Scale Cerebral MRI or TC scan Other_____
Leg length difference	Trauma Dysmelia Other_____	Medical Report X-rays Photograph Other_____
Short stature	<input type="checkbox"/> Achondroplasia Osteogenesis Imperfecta Growth Hormone Dysfunction Other_____	Medical Report X-rays Photograph Other_____
Limb deficiency	Dysmelia Traumatic Amputation Bone Cancer Other_____	Medical Report X-rays Photographs Other_____



## Medical history:

Athlete's condition	Stable	Progressive	Fluctuating	Permanent
Age of onset:	(yyyy)		Congenital	
Past treatments:				
Current treatments:				
Anticipated future treatments:				

## Additional details on medical diagnosis (if needed):

--

## Medications and reason for prescription:

--

## I confirm that the above information is accurate and up to date.

Name:	
Medical Specialty:	
Registration Number:	
Address:	
City:	Country:
Phone:	E-mail:
Date:	Signature: