



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)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>의료진단에 대한 추가적인 세부사항 (필요시 작성)</p>

<p>약물처방과 처방사유</p>
--

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