**4**

**パラカヌー アスリート診断証明書**

国内レベルのレースに出場するパラカヌー アスリートにはクラス分けを行うことが要求されます．そのクラス分けを円滑に進めるため，医学的診断を確認させていただきます．（日本障がい者カヌー協会はこの文書の作成にあたって，IVF Adaptiveのペダリングプログラムの内容を容認しています． ）

氏 名：

性別：男　　　女 　　　誕生日：（日/月/年）

所属

　　選手 サイン

**医学的内容** (以下，医師記入欄)

診断名

その状態はどれくらいの期間継続していますか？

状態は？：　　一定? 　　　　悪化傾向？ 　　 　不定？

(あてはまるもの１つにチェックしてください)

選手がレースに出場するにあたり

なにか影響を及ぼす因子は

ありますか？（例：てんかん，

糖尿病，心臓病，悪性腫瘍，

ひどいアレルギー，高血圧）

**宣言**

私は上記患者を　　　年知っており，その患者が一定の診断を受けることをここに保障する．

医師 サイン

医師名

(Please Print)

連絡先