

지체 장애 선수 의료 진단서

세계장애인수영 선수의 자격을 받기 위해, 기본 의료 진단(의료 상태) 및 자격 장애(세계장애인수영 규칙 및 규정 7조)를 보유해야 한다. 등급분류 절차 기간에 수행되는 장애 측정은 아래에 해당되는 진단을 따라야 합니다. 완성된 신청서 및 관련 의료 진단 정보는 선수의 SDMS 등록에 따라 SDMS 프로필에 업로드 해야 합니다. 세계장애인수영은 추가 정보가 필요한 경우, 추가 정보를 요청할 권리를 보유한다. 요청한 정보를 제공하지 않을 때까지 선수는 등급분류를 실행할 수 없습니다.

이 진단서를 전산/전자식으로 입력해주시기 바랍니다.

선수 정보 (NPC가 사전수집)

성:	
이름	
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일:
NPC: KOR	SDMS ID:

의료 정보 - 등록된 의사가 영어로 작성해주시기 바랍니다.

선수 의료 진단 (건강 조건):	
영향 및 제한되는 신체 부분의 설명	
주요 장애 선택 (건강 조건): <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 근육 장애</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 운동 실조증</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 다리 길이 차이</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 수동적 이동 반경 장애</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 무정위운동증</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 사지 결핍/손실</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 긴장항진증</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 단신(신장: _____ cm)</div> </div>	
의료 조건 선택:	<input type="checkbox"/> 영구적 <input type="checkbox"/> 안정 <input type="checkbox"/> 진행중 <input checked="" type="checkbox"/> 변동

International Paralympic Committee

Adenauerallee 212-214 Tel. +49 228 2097-200
53113 Bonn, Germany Fax +49 228 2097-209

www.paralympic.org
info@paralympic.org

장애 발생 년도:		<input type="checkbox"/> 선천적 (태어날 때)			
진단 서류 첨부 <input type="checkbox"/> 모든 선수는 아래와 같은 의료진단서의 보완할 서류를 반드시 첨부해야 합니다.: 의료 진단 보고서 및 신체 검사 결과 (예, 척추 부상 선수의 ASIA 규모, 뇌성 마비 선수의 Ashworth Scale, 지체 이상 선수의 X-ray, 절단 선수의 사진) 세계장애인수영은 세계장애인수영 등급분류 규칙 및 규정 7.5항 및 7.6항에 따라 추가적인 의료 <input type="checkbox"/> 진단서를 요청할 권리를 보유한다. 추가 진단 검사 보고서 (예, EMG, MRI, CT, X-ray)					
치료 연혁:					
약품 - 복용 목록 및 사유:					
추가 조건/장애 발생 선택: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 시각 장애 <input type="checkbox"/> 지적 장애 <input type="checkbox"/> 청각 장애 심리학 진단 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 호흡 기능 장애 <input type="checkbox"/> 신진대사 기능 장애 <input type="checkbox"/> 심혈관 기능 장애 통증 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 관절 과운동성/불안정성 <input type="checkbox"/> 근지구력 장애 <input type="checkbox"/> (예, 만성 피로) 기타: _____ </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 시각 장애 <input type="checkbox"/> 지적 장애 <input type="checkbox"/> 청각 장애 심리학 진단	<input type="checkbox"/> 호흡 기능 장애 <input type="checkbox"/> 신진대사 기능 장애 <input type="checkbox"/> 심혈관 기능 장애 통증	<input type="checkbox"/> 관절 과운동성/불안정성 <input type="checkbox"/> 근지구력 장애 <input type="checkbox"/> (예, 만성 피로) 기타: _____
<input type="checkbox"/> 시각 장애 <input type="checkbox"/> 지적 장애 <input type="checkbox"/> 청각 장애 심리학 진단	<input type="checkbox"/> 호흡 기능 장애 <input type="checkbox"/> 신진대사 기능 장애 <input type="checkbox"/> 심혈관 기능 장애 통증	<input type="checkbox"/> 관절 과운동성/불안정성 <input type="checkbox"/> 근지구력 장애 <input type="checkbox"/> (예, 만성 피로) 기타: _____			
처방: <input type="checkbox"/> 나는 이 정보가 정확함을 확신합니다. 의사 이름:					
전문 의사:		등록 번호:			
주소:					
도시:	국적:				
전화번호:	이-메일:				
서명:	날짜:				