

第24回 釧路湿原全国車いすマラソン大会参加申込書

釧路湿原全国車いすマラソン大会実行委員長 宛

平成21年 月 日

私は、第24回釧路湿原全国車いすマラソン大会に下記のとおり申し込みます。

なお参加にあたり自己の健康に十分留意するとともに、大会期間中の事故については、一切貴大会に迷惑をかけない

ふりがな				性別
氏名	⑩			男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日生 (8/30現在 歳)
保護者 参加承諾欄	※18歳以下で参加の方は保護者の署名と捺印をお願いいたします。 【申込者との関係】			⑩
現住所	〒 -			
自宅連絡先	TEL - -	FAX	- -	
勤務先・施設・学校名				
勤務先・施設・学校連絡先	TEL - -	FAX	- -	
障がい区分	1. 脳性麻痺 2. 頸椎損傷 3. 脊椎損傷 (胸脊 ・ 腰脊) 4. 切断 ・ その他	血液型		
身障手帳番号・等級	/ 第 号 / 第 種 級			
参加種目	1. ハーフマラソン 2. 8 km 3. 2 km (車いす使用者 ・ 電動車いす使用者 ・ 健常者) 4. オープン競技 ショートコース300m ※ショートコースは介助者が必要です。いない場合は、こちらで準備いたします。 【大会事務局介助者 1. 必要 ・ 2. 不要】			
車いすマラソン 最近の記録	大会名	車いすマラソン大会	開催年月 平成 年 月	参加距離 km
	完走タイム	時間 分 秒	途中棄権等【理由】	
同 伴 者	氏 名	年 齢	性 別	申込者との関係
		歳	男 ・ 女	
		歳	男 ・ 女	
交通手段等	利用交通手段	1. 航空機 2. J R 3. 自家用車 4. その他 ()		
	航空機の場合 (釧路空港発着)	到着日時等	8月 日() 時 分 着	便
		出発日時等	月 日() 時 分 発	便
		事務局送迎の可否 (b)はJRで来釧の方 方もご記入ください	(a)釧路空港 ⇄ 釧路プリンスホテル 1. 要 (名) ・ 2. 不要	
	(b)釧路プリンスホテル ⇄ 競技場 1. 要 (名) ・ 2. 不要			
8/30(日)弁当	1. 要 (個)	2. 不要	※当日受付で1個につき500円をお支払い願います	
8/29(土)競技説明会	1. 出席 (名)	2. 欠席	特記・連絡事項	
8/29(土)開会式	1. 出席 (名)	2. 欠席		
8/29(土)前夜祭	1. 出席 (名)	2. 欠席		
※さしつかえなければ、緊急連絡用としてご本人あるいは同伴される方の携帯電話番号をお知らせください。			ご本人	- -
			同伴者	- -

第24回釧路湿原全国車いすマラソン大会 ハーフマラソンクラス分け表

※下記に該当しない障がい者は各グループにおける機能的に最も近いクラスを選択すること
 ※メディカルチェックは行わないものとする(自己申告制)

クラス1 [T51/52]

T1/T2/LAT1/[A6、A8]/(A9)

障がいクラス説明

T1

- ・車椅子使用。肘を曲げる筋肉と手首を手の甲に曲げる筋肉は機能するが、肘を伸ばす筋は弱い。
- ・指はほとんど動かない。また肩の周りの筋肉が弱いことがある。第6頸髄節まで機能残存。
- ・第6頸髄節まで機能残存。

T2

- ・肩・肘・手首の筋肉は機能し、指の曲げ伸ばしが可能。
- ・指を開いたり閉じたりはできない。
- ・第8頸髄節まで機能残存。

LAT1

- ・車椅子使用。片側または両上肢は強い筋緊張や筋力低下で関節の動きが悪い。

※肘伸筋はいくらか機能するが、肘屈筋が弱い競技者もこのクラスが適切である。

※[A6、A8] - [] つきの表示は、脊髄と下肢機能に影響する他の病理をもち、かつA6またはA8に相当する上肢切断である競技者は、このクラスに割り当てられるということを表す。

クラス2 [T53]

T3/LAT2

障がいクラス説明

T3

- ・上肢の機能は正常または、ほぼ正常。
- ・腹筋と背筋の機能がないため座位バランス不可。
- ・第1胸髄から第7胸髄節までの損傷。

LAT2

- ・車椅子使用。両上肢の機能は良好。

クラス3 [T54]

T4/LAT2

障がいクラス説明

T4

- ・上肢の機能は正常。
- ・座位バランス良好。
- ・第8胸髄から第2仙髄までの損傷。

LAT2

- ・車椅子使用。両上肢の機能は良好。

障がい区分の記号説明

A	切断の分類
LAT	機能障がいの分類
T	頸髄損傷・脊髄損傷・ポリオ・二分脊椎の分類

【 様式第2号 】

※ハーフマラソンに出場する方のみ、該当する箇所に記載のうえ申告をお願いします。

ハーフマラソン出場選手クラス分け申告書

氏 名									
傷病名		※身体障害者手帳に記載されている傷病名を記入願います							
現 症 (該当を○で 囲んでください)	脊損	※部位番号を 記入ください	頸	完全					
		第	胸 節以下	麻痺	痙直性	強	中	弱	無
			腰	不完全					
	ポリオ	脊柱の変形		有				無	
切 断		両大腿	片大腿	両下腿	片下腿				
脳原性	麻痺状態		痙直型	アテトーゼ型	その他				
	麻痺部位		四肢麻痺	両下肢麻痺					
クラス申告			クラス1【T51／52】	クラス2【T53】	クラス3【T54】				
		※別紙のクラス分け表をご参照のうえ、該当するクラスを○で囲んでください							