

2009 ITF クार्ट登録用紙 英語記入

全ての情報が明晰であるように黒インクの活字体で書いて下さい。

パート 1: プレイヤー・インフォメーション

名前: _____ 苗字: _____ 男性 女性

住所: _____

_____ 市 _____ 州 _____ 国 _____ 郵便番号 _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____ FAX: _____

E-mail: _____ (明確に記載すること)

生年月日 (例: 07 July 1956) _____ 身体障害の本質: _____

事故、あるいは障害が始まった日付: _____

国際協会の名称: _____

市民権を持つ国: _____ 国籍: _____

以前に車椅子テニスのクार्ट部門に申請したことがありますか? はい/いいえ

参加条件

- (i) 私、末尾に署名した選手は、車椅子テニスハンドブック (ウェブサイトでもコピーがご覧になれます) 中の規定とテニスのルールを読み、理解したことを認めます。私は、ハンドブックとルール、行動規範を含むそしてその改変事項に順守することをここに同意いたします。
- (ii) 私は、ITF 車椅子テニス委員会、あるいは、ハンドブック/ルール/行動規範に基づく ITF によるすべての決定事項に従うことに同意いたします。また、ハンドブック/ルール/行動規範の規約に従わなかった場合、ペナルティーが (罰金あるいは別の罰則) 課せられる事をここに承諾いたします。また、ITF 車椅子テニス協会により課せられた財務的罰則を履行することに同意いたします。
- (iii) 私は、車椅子テニス身体的に厳しいスポーツであることを理解しており、身体的かつ精神的に、ITF 認可車椅子テニスイベントに参加する能力があると確信いたしております。
- (iv) また、車椅子テニスへの参加は、怪我をするリスク、人物あるいは所有物に被害や損失を与える危険性もあることを理解しております。私は、ITF 認可車椅子テニスイベントへの参加は、自由意志によるものであり、そのような危険性に関する原則の情報を得、そのようなリスクがあることを自分自身心得ております。そのようなリスクにおいて、責任は私に課せられるものであり、ITF/あるいは ITF 車椅子テニス委員会の責任ではないことを確認いたします。イベントでの怪我、人物や所有物に対する障害や損失に関し、一切 ITF あるいは ITF 車椅子テニス委員会に償還請求をいたしません。

- (v) 車椅子テニスツアー、ワールドテニスカップ、パラリンピックゲームを含む ITF 認可車椅子テニスイベントに参加するにつき、ITF 車椅子テニス委員会、ITF、あるいはそれぞれの役員、職員、従業員は、私の死、個人的な怪我、対物損害などについては、責任はないが、ITF 認可車椅子テニスイベントの旅行の行き帰り、あるいは参加している最中に ITF または ITF 車椅子テニス委員会あるいは、その役員、職員、従業員の過失行為あるいは不作為が直接の原因で被った怪我/損失などは別とすることを理解し、了承いたします。
- (vi) また、ITF 認可車椅子テニスイベントへの参加は、私の認識の決定的な証拠を意味することを理解し認め、またその他の関連同意と合意をここに承諾いたします。

パート 1 続き

クォード適格

敵性ルールへの順守は、車椅子テニスの安全性を維持する原理であり、ITF が私の参加の敵性を確認するため、そのような目的上 ITF または関連委員会/担当人物が私の医療情報を入手することは必要、かつ正当であると認め、承諾いたします。

- (i) 私は、ここに少なくとも一つ以上、下記に挙げられている障害規準に当てはまる（少なくとも一つ以上、当てはまるもの全てにチェックをする）ことを確認いたします。
- オーバーヘッドサーブをするのに必要とされる運動機能の低下、など；
 - フォアハンドとバックハンドをするのに必要とされる運動機能の低下、など；
 - 手動車椅子の操作に必要とされる運動機能の低下、など；
 - ラケットを握ることが出来ず、プレイする為にはテーピングあるいは補装器具を必要とする。
- (ii) 私は、機能的障害のレベルが著しく向上した場合、ITF に通知することに同意いたします。
- (iii) ITF テニス車椅子テニス・メディカル委員会またはその審議者が、私のクォード敵性（暫定医学的証拠あるいは同様のものを含む）を査定するために追加的な証拠やあるいは、情報、アシスタンスを要すること、また場合によっては、委員会あるいは審議者によって指示された期限内に、実費でそのような証拠、情報、またはアシスタントの入手・提出をすることに同意いたします。また、期限内にそのような情報、証拠、アシスタンスの提出を怠った場合は、私のクォード敵性判断が遅れ、その間は、クォード部門ではプレイ出来ないことを理解し承いたします。
- (iv) 私は、私の主治医、または関係人物、または団体が ITF、あるいはその関連委員会や人物に、私がクォードメインドローあるいはその関連事項において、プレイ出来るか敵性の査定と検討をする目的で私の医療情報あるいは診断書を公開すること、またこの情報や上記の事柄が使用されることに、同意し承諾いたします。私は、承知の上で、この件に関し秘密情報の適用義務を放棄いたします。

ITF テニス・アンチドーピングプログラム 2009 プレイヤー同意契約書

私、末尾に署名したプレーヤー、は ITF テニスアンチドーピングプログラムを受け取り、読んだことを認めます。私は、以下にあるドーピング違反に制定されていることを含むプログラムの規定を理解していることを認めます。また、ここに承認し同意いたします：－

1. 全てのプログラムの規定に従い、拘束されること。
2. アンチドーピング裁定審議会でなされた決定事項から生じた議論あるいは、アンチドーピング裁定審議プロセスまたは、プログラム用に特別に準備されるその他の手続きが行われた後、プログラムに関する、あるいはそれ自体の異論は、単独に、スポ

ツ規約—調停関連に従って、スポーツ調停裁判所（CAS）の上訴調停課に最終拘束調停の提出を行う。

3. 私は、さらに次のことに同意承認いたします。：
- a. CAS の決定は最終で、更新出来ないもの、上訴不可能、そして強制執行であること；
 - b. 私は、その他の法廷あるいは審議会に救済を求め、申し立て、上訴、告訴、訴訟などを起こしません。

私は、このプレイヤー同意契約書を読み、理解し、拘束されることに同意することをここに認めます。

同意・承諾プレイヤー パート 1

_____ (活字体名前) 日付 _____
_____ (署名)

ページ 3

重要—黒いインクではっきりと記入して下さい。 プレイヤーの名前 _____

パート 2：医師のインフォメーション（出来るだけ 3 ページ全部を記入して下さい）

医師の名前： _____
名前 苗字

事務所の住所： _____
市 州 国 郵便番号

電話番号： _____ 携帯： _____ FAX： _____

E-Mail： _____ ライセンス給与機関： _____

登録/ライセンス番号（あるいは同類の番号）： _____ 有資格：はい いいえ

専門分野（該当するものに丸をして下さい。）

神経/神経外科/脊髄整形外科/リハビリテーション医学あるいは身体リハビリテーション/その他
(明記して下さい。) _____

プレイヤーの身体的障害（当てはまるもの全てにチェックして下さい。）

プレイヤーは下記の障害を一つ以上は含む、少なくとも三つの四肢に永続する神経筋機能障害を持つ。

- C8 レベルあるいは基部の神経学的欠損で運動機能低下を伴う。
- 上肢切断
- 上肢あざらし肢症
- 上肢ミオパシーあるいは筋ジストロフィー
- 上記身体障害と同等の片方あるいは両側の上肢に機能的障害が見られる。

この書式に5点評価で運動機能を含む機能障害の詳細を記入して下さい。
 また、解説文書、例えばコンサルタント報告書、画像解説、手術報告書などの文書を添付してください。

5点評価で上肢体力を表に記入して下さい。

(0=全く動かない；1=収縮のみ；2=重力に耐えられない、3=重力には耐える；4=適度な力に耐える；5=正常)

	右	左
肩 外転		
肩 内転		
肩 エクステンション伸筋		
肩 フレクション 屈筋		
肩甲骨 突き出し		
肩甲骨 引込め		
肩 IR 内部回転		
肩 ER 外部回転		
ひじ フレクション 屈筋		
ひじ エクステンション 伸筋		
回内運動		
回外運動		
手根 エクステンション伸筋		
手根 フラクション 屈筋		
尺骨偏位		
橈骨偏位		
指 エクステンション伸筋		
指 フラクション 屈筋		
背側 外転		
手の掌 内転		

ページ 4

親指 外転		
親指 内転		
親指 エクステンション伸筋		
親指 フラクション 屈筋		
親指 オポジション 逆転		

診断結果 (当てはまるもの全てにチェックして下さい。)

脊髄損傷

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰部 | 全体 <input type="checkbox"/> | 一部 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 高位胸部 (T5 あるいはそれ以上) | 全体 <input type="checkbox"/> | 一部 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 低位胸部 (T6 あるいはそれ以下) | 全体 <input type="checkbox"/> | 一部 <input type="checkbox"/> |

下肢切断

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 両脚 | <input type="checkbox"/> 両膝上 |
| | <input type="checkbox"/> 一方が膝上で一方が膝下 |
| | <input type="checkbox"/> 両膝下 |
| <input type="checkbox"/> 片足 | <input type="checkbox"/> 膝上 |

□膝下

□ 関節硬直/関節症

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| <input type="checkbox"/> 膝 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| <input type="checkbox"/> 足首 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |

その他詳細； _____

運動選手は少なくとも三箇所の四肢に永続する神経筋機能障害を持っていますか？

はい いいえ

運動選手は胴体機能に制限がありますか？

はい いいえ

「はい」と答えた場合、それはどのレベルですか？

診断書（当てはまるもの全てにチェックをして下さい。）

□ 脊髄損傷

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> C8、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> C7、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> C6、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> C5、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |

□ 上肢切断

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> MCP、あるいは遠位部 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> ひじより下 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> ひじより上 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |

*MPC－中手指節

□ 急性灰白髄炎

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 上肢急性灰白髄炎 | | |
| <input type="checkbox"/> 基部に近い場所 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> 遠位 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| 下肢急性灰白髄炎 | | |
| <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 | |

□ アザラシ肢症

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--|
| 上肢アザラシ肢症 | | |
| <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 | |
| 下肢アザラシ肢症 | | |
| <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 | |

□ ミオパシーあるいは筋ジフトロフィー

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 上肢 | | |
| <input type="checkbox"/> 基部に近い場所 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| <input type="checkbox"/> 遠位 | <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 |
| 下肢 | | |
| <input type="checkbox"/> 一方だけ | <input type="checkbox"/> 両方 | |

ITF Ltd
Wheelchair Tennis Department
Bank Lane
Roehampton
London SW15 5XZ
Great Britain
Fax# +44 (0) 208-392-4741