

시각장애인 스포츠 등급분류 (V.I Classification form)

※ 등급분류 심사는 연(year)을 기준으로 1회만 받을 수 있다.

※ 다음 각 호의 경우에는 해당 판정 등급을 무효로 하며, 발견시점을 기준으로 1년간 등급분류 심사를 받을 수 없다.

1. 등급분류 심사를 연 2회 이상 받은 자
2. 등급분류 심사를 받고 그 판정을 거부한 자

○ 선수 정보(Athlete information)

선 수 작 성 부 분	이름:	영문이름: Last name: First name:	
	※ 반드시 여권 영문명으로 작성		
	성별 (Gender): <input type="checkbox"/> 남(male) <input type="checkbox"/> 여(female)	종 목 (Sports):	
	주민등록번호 (ID number):	연락처(H·P):	
	주소(Address) :		
	* 이전 등급분류 기록 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(아래 사항 작성)		
	마지막 국내등급 : 년도_____ <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)		
마지막 국제등급 : 년도_____ 대회명_____			
			<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)

○ 의학정보 (Medical information)

* 진단명 (Diagnosis) (양안 모두 기재 요망) 발생시기 (onset) : _____

우안 (Right)	좌안 (Left)
------------	-----------

현재 진행 사항: ☐ 년 이후로 안정됨 (stable) ☐ 진행중 (Progressive)

안경착용여부 (Glasses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes)	<input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
콘택트렌즈착용여부 (Contact lenses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes)	<input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
의안착용여부 (Prosthesis)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes)	<input type="checkbox"/> 착용안함 (No)

* 약물복용력 (Medication)

사용 중인 안약 (Eye medication)	
안약에 대한 알러지 여부 (Allergic reactions)	<input type="checkbox"/> 있음 (Yes) : <input type="checkbox"/> 없음 (No)

○ 평가 (Assessment)

* 교정시력 (Best corrected visual acuity)

구 분	우안 (Right)	좌안 (Left)
시 력		
굴절력	()Dsph () Dcyl A ()	()Dsph () Dcyl A ()

시력표(Methods) : ☐ Decimal ☐ LogMAR ☐ Snellen

시야검사 (지름) Visual field test (diameter) ; 동공크기 (pupil size) : mm

우안 (Right)	좌안 (Left)

* 공인된 시야계 : Goldmann perimetry (Ⅲ/4/e), Humphrey field analyzer, Octopus (Interzeag)

○ 등급판정 기준

등급기준	시력 (좋은 눈의 시력)		시야(단안)
	LogMAR	소수시력표	
B1	LogMAR 2.6 미만	안전수동 이하	
B2	LogMAR 1.5 – 2.6	안전수지 – 0.04	지름 10도 미만
B3	LogMAR 1.4 – 1.0	0.05 – 0.1	지름 40도 미만

○ 등급판정 (Classification)

등급	등급유형	
<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> 확정 (confirmed)	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> B2	-	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> B3	-	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> NE	부적격	

※ 국제기준은 LogMAR 시력을 사용. 소수시력표를 고려할 때 LogMAR 2.7이하는 안전수동, LogMAR 1.5는 0.04, LogMAR 1.0은 0.1로 환산하여 적용

의사성명 (Doctor's name) :	면허번호 (Registration No) :
주소(Address) :	
E-mail :	
병원명 (Name of Institution) :	
일자 (Date) :	서명 (Signature) :

위 기재한 사실에 이상이 없음을 확인하며, 해당 환자가 스포츠 활동에 이상이 없음을 확인함.