



Checklist for Therapeutic Use Exemption (TUE) Application:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*Prohibited Substance: Methylphenidate and amphetamine derivatives*

治療使用特例(TUE)申請のためのチェックリスト

注意欠陥／多動性障害(ADHD)

禁止物質:メチルフェニデート誘導体及びアンフェタミン誘導体

This Checklist is to guide the athlete and their physician on the requirements for a TUE application that will allow the TUE Committee to assess whether the relevant ISTUE Criteria are met.

本チェックリストは、競技者及びその担当医師が治療使用特例(TUE)申請において必要となる情報を示すものです。これらの情報をもって、TUE 委員会は、関係する治療使用特例に関する国際基準(ISTUE)を当該申請が満たしているかを審査します。

Please note that the completed TUE application form alone is not sufficient; supporting documents **MUST** be provided. *A completed application and checklist DO NOT guarantee the granting of a TUE.* Conversely, in some situations a legitimate application may not include every element on the checklist. TUE 申請は、申請書式に記入するだけでは不十分です。申請内容を補助する書類も**必ず**提出してください。申請書類に不備がなくチェックリストに記載する情報を提出することは、TUE の付与を保証するものではありません。申請内容によっては、本チェックリストに記載するすべての情報を含めなくてもよい場合もあります。

<input type="checkbox"/>	TUE Application form must include; TUE 申請書式は必ず以下の作成要領に従ってください。
<input type="checkbox"/>	All sections completed in legible handwriting すべてのセクションは判読可能な手書きで記入すること。
<input type="checkbox"/>	All information submitted in English 情報はすべて英語で記入すること。
<input type="checkbox"/>	A signature from the applying physician 申請する医師が署名すること。
<input type="checkbox"/>	The Athlete's signature 申請する競技者が署名すること。
<input type="checkbox"/>	Medical report should include details of; 医学的報告には以下の詳細情報を含めてください。
<input type="checkbox"/>	Medical history: age at onset of ADHD symptoms, age at initial diagnosis, symptoms across more than one setting, trial of non-prohibited interventions (if used) 既往歴: ADHD の発症年齢、初期診断を受診した年齢、複数の状況における症状の発現、禁止されていない治療介入試験(実施した場合)。

<input type="checkbox"/>	Diagnostic tests or rating scales used (e.g., Conners, DIVA) 診断検査又は適用した評価スケール(Conners、DIVA 等)。
<input type="checkbox"/>	Interpretation of symptoms, signs and test results by physician (paediatrician, psychiatrist or other physician specializing in ADHD) 医師(小児科医、精神科医、その他の ADHD を専門とする医師)による症状、徴候、及び検査結果の解釈。
<input type="checkbox"/>	Diagnosis referring to ICD 10 or DSM 5 ICD 10 又は DSM 5 を用いた診断。(英語版が必要な場合は JADA へお問合せください)
<input type="checkbox"/>	Stimulant prescribed (methylphenidate and amphetamine are prohibited in-competition) including dosage, frequency, administration route 投薬量、投与頻度、投与経路など、処方された興奮薬(競技会時におけるメチルフェニデート及びアンフェタミンの使用は禁止)について。
<input type="checkbox"/>	Diagnostic test/scale results should include copies of; 診断検査／スケールの結果については、以下の写しを提出してください。
<input type="checkbox"/>	These could include but are not limited to: a) Adults: ACDS, CAADID, CAARS, Barkley, DIVA 2.0 (copy of original test/scale) b) Children: Vanderbilt, K-SADs, DISC, Conners, SNAP (copy of original test/scale) 以下の診断検査／スケールの結果を含みますが、これらに限りません。 a) 成人期: ACDS、CAADID、CAARS、Barkley、DIVA 2.0(検査/スケールの原本の写し) b) 小児期: Vanderbilt、K-SADs、DISC、Conners、SNAP(検査/スケールの原本の写し)
<input type="checkbox"/>	Additional information included 追加情報には以下を含みます。
<input type="checkbox"/>	Supplementary reports which support the diagnosis: e.g., reports from psychologists, school teachers, parent/guardian (not mandatory) 診断結果を補助する報告(心理学者、学校教員、親権者／監護権者による報告等(任意))。