

署名する前によく読んでください。

この病歴／診断書は、スクーバダイビング（以下、ダイビング）には潜在的な危険性が内蔵することを確認するためのものです。

各種コース・プログラムに参加するには、この病歴／診断書の全項目をよく読んで記入し、署名することが必要です。参加者が未成年の場合には親権者の署名が必要です。ダイビングはエキサイティングなスポーツですが、同時にハードな活動でもあります。正しいテクニックを用いる限りダイビングは比較的安全なスポーツです。しかし、安全手順に従わないときには、危険が増す場合があります。

各種コース・プログラム受講中に健康状態などに変化が生じた場合は、直ちにダイビングリーダーにその旨を伝えてください。

ダイビングを安全に楽しむには、極端なオーバーウエイトや、コンディションを軽視すべきではありません。ダイビングはそのときのコンディション次第では、非常に激しい活動にもなります。

呼吸器系と循環器系が健康であること、全ての体内空間に異常がなく、健康であることが必要です。冠状動脈性の心臓の疾患、風邪をひいている、うっ血、てんかん、重度の医学的なドラッグ、アルコールや薬物依存の傾向などがある人は、ダイビングをすべきではありません。また、ぜんそく、心臓の疾患、その他の慢性的な病状がある人、現在も定期的に投薬を受けている人は、各種コース・プログラムに参加する前と終了後も、医師をしてダイビングリーダーに相談してください。更にダイビングでの呼吸、圧平衡については初級の各種コース・プログラムの中でダイビングリーダーから学びます。スクーバ器材の誤った使い方は、大きな障害につながる可能性があります。正式な資格をもつダイビングリーダーの直接の指導のもとで、器材の安全な使い方の全てを学ばなければなりません。この病歴／診断書について質問があるときには、署名をする前にダイビングリーダーとともにもう一度検討してください。

病気に関する質問表

参加者の皆様へ

この質問表は、レクリエーションダイビングに参加される前に、医師の診断を受けるべきかを判断するためのものです。あなたが以下の各質問に Yes と答えたからといって、ダイビングをする資格がないことはありません。あなたのダイビング時の安全性を阻害させる条件を判断させ、ダイビングに参加する前に医師からのアドバイスを必要とすることを意味します。

あなたの過去と現在の健康状態に関して、以下の質問に Yes または No で答えてください。回答が不明の場合は、安全を記して Yes と答えてください。Yes の場合には、ダイビングに参加する前に、医師と相談していただくかなければなりません。

<input type="checkbox"/> 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。 <input type="checkbox"/> 現在処方せんによる投薬を受けている（避妊薬、マラリア予防薬は除く）。 <input type="checkbox"/> 45 歳以上の方で、以下の項目が 1 つ以上あてはまる。 <ul style="list-style-type: none"> ・パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。 ・現在診療を受けている。 ・コレステロール値レベルが高い。 ・高血圧である。 ・家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。 ・食事療法で調整しているが糖尿病である。 	<input type="checkbox"/> 肺の病気がある、またはなつたことがある。もしくは肺（胸部）の手術を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなつたことがある（不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など）。 <input type="checkbox"/> てんかん、発作、けいれんを起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。 <input type="checkbox"/> 複雑型偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。 <input type="checkbox"/> 意識喪失や、気絶したことがある（完全、または一時的に意識を失う）。 <input type="checkbox"/> 乗り物酔いがよくある。または乗り物酔いが激しくある（船酔いや車酔いなど）。 <input type="checkbox"/> 赤痢または脱水症状で治療が必要である。 <input type="checkbox"/> 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなつたことがある。 <input type="checkbox"/> 中等度の運動ができない（たとえば、約 1.6 キロの距離を 12 分以内で歩くことができない）。 <input type="checkbox"/> 過去 5 年間に、意識を失う頭部の損傷を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返し起こす。 <input type="checkbox"/> 腰部または背骨の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 糖尿病である、またはなつたことがある。	<input type="checkbox"/> 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。 <input type="checkbox"/> 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしていた。 <input type="checkbox"/> 心臓疾患にかかっている、または患っていたことがある。 <input type="checkbox"/> 心臓発作が起きる、または起きたことがある。狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 耳の病気や手術を受けたことや、聴覚障害、平衡感覚障害である。 <input type="checkbox"/> 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。 <input type="checkbox"/> 出血やその他の血液障害がある、またはあった。 <input type="checkbox"/> ヘルニアにかかっている、または患っていたことがある。 <input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 過去 5 年間に娯楽で麻薬を使用したことや、治療のために麻薬を用いた、またはアルコール依存症になったことがある。
--	---	---

以前に以下の病気がかかったことがある、または現在かかっていますか？

<input type="checkbox"/> 喘息（ぜんそく）、あるいは呼吸時の喘息（ぜいぜいする）、または運動時に喘鳴が起きる、または起きたことがある。 <input type="checkbox"/> 花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。 <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。 <input type="checkbox"/> 何らかの肺の病気（肺炎など）がある、またはなつたことがある。 <input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなつたことがある。	<input type="checkbox"/> 過去 5 年間に、意識を失う頭部の損傷を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返し起こす。 <input type="checkbox"/> 腰部または背骨の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 糖尿病である、またはなつたことがある。	<input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> 過去 5 年間に娯楽で麻薬を使用したことや、治療のために麻薬を用いた、またはアルコール依存症になったことがある。
---	--	---

私の病歴について、上記の情報は、私の知る限り間違いはありません。各種コース・プログラム受講中に私の病歴に何らかの変化が生じた場合、私はその全てについて、ダイビングリーダーに伝える義務があることを確認します。私は現在あるいは過去の健康状態、あるいはいかなる健康状態の変化も明らかになつた場合、記載漏れの事項に関する責任を負うことに同意します。

参加者署名	日付（年／月／日）
親権者署名 (参加者が未成年の場合)	日付（年／月／日）

参加者記入欄

楷書で記入してください

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

住所 _____

自宅電話 _____ 勤務先電話 _____

Eメール _____ FAX _____

かかりつけ医、あるいは主治医の住所と氏名

医師名 _____ 診療所／病院名 _____

住所 _____

電話 _____

最後に受けた健康診断の日付 _____

診断した医師 _____ 診断場所／病院名 _____

住所 _____

電話 _____ Eメール _____

スクューバダイビングのための健康診断を受けたことがありますか？ YES NO YESであればいつ？ _____

医師記入欄

上記の人はスクューバ（自給気式水中呼吸装置）による各種コース・プログラムのトレーニングに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がスクューバダイビングに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師による診断

スクューバダイビングに不適格であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。

スクューバダイビングをすることは勧められません。

所見

署名 _____ 日付 _____

医師あるいは医師の法定代理人の署名

年／月／日

医師名 _____ 診療所／病院名 _____

電話 _____ Eメール _____