



トリスクーバ/ベーシックダイバー 病歴書

十分に読んでから署名してください

この医学的な質問事項は、トリスクーバダイビングまたはベーシックダイバープログラム参加に際して、担当医の検診が必要かどうかを決定するためのものです。質問に該当するものがあつたからといって必ずしもダイビングを行う権利を失うというわけではありません。それは、ダイビング中にあなたの安全に影響を与えそうな既往症があり、担当医の助言が必要であることを意味し、水中活動の前に担当医に相談しなければなりません。

ダイビングには体力と技能が要求されます。適切なテクニックを用いて行動すれば、極めて安全に楽しむことができます。しかし決められた安全手順に従わないと危険を招くことになります。安全にダイビングを行うためには、過度の肥満や体調不良は禁物です。

スクーバダイビングを安全に行うためには、循環器系および呼吸器系は健全でなければなりません。体内にあるすべての空間は正常かつ健全でなければなりません。心臓のトラブルのある人、現在風邪や過労の状態にある人、てんかんやぜんそく、深刻な医学的な問題を抱えている人、あるいはアルコールや薬物の影響下にある場合は、潜水が禁じられています。定期的に服用している薬がある場合は、プログラムに参加する前に担当医やSSIプロフェッショナルに相談してください。この病歴書/医学声明書に関して質問がある場合は、SSIプロフェッショナルとともにその内容を検討した上で署名してください。

SSIプロフェッショナルは、スクーバダイビング中の呼吸法や圧平衡に関する重要な安全手順を教えます。スクーバダイビング器材の扱いを誤ると重傷を負う可能性があります。器材を安全に使用するため、認定されたインストラクターの直接監督下で徹底的にその使用法を学ぶようにします。

次に示す過去もしくは現在の病歴についての質問にYESかNOで教えてください。答えに確信が持てない場合は、YESと記入してください。YESと回答した項目が1つでもある場合は、スクーバダイビングを始めるに当たり医師の検診を受ける必要があると言えます。医学声明書とレクリエーションダイバーの健康診断ガイドラインがインストラクターから渡されるので、それを担当医に提出してください。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 耳または副鼻腔の手術をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 気胸や胸部の外科的手術をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬を服用していますか？ |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪や鼻づまり、副鼻腔炎や気管支炎を患っていますか？ | <input type="checkbox"/> 喘息や肺気腫、結核を現在患っている、または既往症がありますか？ | <input type="checkbox"/> 45歳以上で、家族に心臓発作や脳卒中の病歴がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 現在、何か耳に問題を抱えていますか？ | <input type="checkbox"/> 身体的、精神的な能力に影響を及ぼす恐れのある薬を服用していますか？ | <input type="checkbox"/> 出血やその他の血液障害の既往症がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 耳の感染症はありますか？ | <input type="checkbox"/> 行動医学的、精神的、心理的な問題や神経系の障害を抱えていますか？ | <input type="checkbox"/> 糖尿病になったことがありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 耳の病気はありますか？ | <input type="checkbox"/> 現在妊娠していますか？ | <input type="checkbox"/> 発作、意識喪失、失神、けいれん、てんかんの既往症がありますか？または予防のための薬を服用していますか？ |
| <input type="checkbox"/> 難聴の症状がありますか？ | <input type="checkbox"/> 人工肛門形成手術をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> ケガ、骨折または手術後に腰部、腕、脚に障害がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> バランス感覚に問題がありますか？ | <input type="checkbox"/> 心臓病や心臓発作、心臓や血管の手術をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症または広場恐怖症(閉じられた空間または広い空間への恐怖)がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系の既往症はありますか？ | <input type="checkbox"/> 高血圧、狭心症の既往症がありますか？ | |
| <input type="checkbox"/> 重度の花粉症がありますか？ | | |
| <input type="checkbox"/> アレルギーがありますか？ | | |
| <input type="checkbox"/> 肺に疾患がありますか？ | | |

私の病歴に関して提供した情報は、私の知る限り正確なものであることを声明いたします。現在または過去の健康状態に関する情報をここで開示しなかった責任を負うことに同意します。

署名	日付(日/月/年)	親または親権者署名	日付(日/月/年)