

病歴書

受講者の方へ:

この医学的な質問事項は、レクリエーションダイバー・トレーニング参加に際して、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該当するものがあれば √ をしてください。答えに確信が持てないときは △ してください。チェック欄に該当する項目が1つでもあつた場合は、ダイビングを始めるに当たり医者の検診を受ける必要があるといえます。医学証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"/> 妊娠していますか。もしくは、その疑いがありますか | <input type="checkbox"/> 気胸である。 | <input type="checkbox"/> 5年以内に頭部損傷による意識の喪失がある |
| <input type="checkbox"/> 処方箋を使用した、または使用しない治療を定期的に受けている(避妊は除く) | <input type="checkbox"/> 胸部の手術をした。 | <input type="checkbox"/> 何らかの心臓疾患の病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 45歳以上で、かつまた次の項目1つ以上当てはまる | <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)。 | <input type="checkbox"/> 心臓発作を起こしたことがある。 |
| <input type="checkbox"/> ・現在、煙草を喫っている | <input type="checkbox"/> 体の一部または全部にマヒがある。 | <input type="checkbox"/> 狭心症、または心臓血管の手術をした。 |
| <input type="checkbox"/> ・コレステロール値が高い | <input type="checkbox"/> てんかん、各種の発作、けいれんを起こした。または、その予防治療を行った。 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術をした。 |
| <input type="checkbox"/> ・家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある | <input type="checkbox"/> 偏頭痛によく襲われる。または、その予防治療を行った。 | <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴、平衡感の障害にかつたことがある。 |
| <input type="checkbox"/> ・現在治療中の疾病、病気がある | <input type="checkbox"/> 失神や意識が薄れたことがある(意識の全面的/部分的な喪失)。 | <input type="checkbox"/> 航空機や登山で、耳の圧平衡(耳抜き)に問題がある。 |
| <input type="checkbox"/> ・高血圧 | <input type="checkbox"/> よく乗り物酔い(自動車、船など)に悩まされる。 | <input type="checkbox"/> 重傷や不整脈になったことがある。 |
| <input type="checkbox"/> ・糖尿病、または病歴がある | <input type="checkbox"/> ダイビング障害や減圧症にかつた。 | <input type="checkbox"/> 何らかのヘルニアの病歴がある。 |
| | <input type="checkbox"/> 軽い運動ができない。(例:12分間以内に約1600mの歩行) | <input type="checkbox"/> 潰瘍の病歴または手術歴がある。 |
| | <input type="checkbox"/> 慢性の腰痛がある。 | <input type="checkbox"/> 結腸切開手術を受けた、または人工肛門の形成がある。 |
| | <input type="checkbox"/> 腰部または脊椎を手術した。 | |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病の病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 5年以内に薬物またはアルコール依存の治療をしたことがある。 |
| | <input type="checkbox"/> 手術、ケガ、骨折の後に腰部、腕、脚の障害がある。 | |

以下の病歴がありますか、もしくは現在その症状にありますか。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ぜんそくがある、または息がぜいぜいする、または運動すると息が切れる。 |
| <input type="checkbox"/> 花粉症またはアレルギーの発作にたびたび襲われる。 |
| <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎、気管支炎にかかりやすい。 |
| <input type="checkbox"/> 何らかの肺疾患がある。 |

私の病歴に関して提供した情報は、私の知るかぎり正確なものであることを声明いたします。

受講者 _____ 日付 _____
▲ 署名(楷書で記入) ▲ (年/月/日)

親権者 _____ 日付 _____
▲ 署名(楷書で記入) ▲ (年/月/日)