

スクーバ・ダイビングのためのメディカルチェック

病気になる質問表

参加者の皆様へ：

この質問表は、リクリエーション・スクーバ・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を意味するわけではありません。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、スクーバ・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、スクーバ・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。

_____ 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。

_____ 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)。

_____ 45 歳以上の方で、以下の項目が 1 つ以上あてはまる。

- パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。
- コレステロール値レベルが高い。
- 家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。
- 現在診療を受けている。
- 高血圧である。
- 食事療法で調整しているが糖尿病である。

以前に以下の病気にかかったことがある、または現在かかっていますか？

_____ 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った。

_____ 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。

_____ カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。

_____ 何らかの肺の病気 (肺炎など) がある、またはなかったことがある。

_____ 気胸がある、またはなかったことがある。

_____ その他の肺の病気がある、またはなかったことがある。もしくは肺 (胸部) の手術を受けたことがある。

_____ 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなかったことがある (不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。

_____ てんかん、発作、けいれんをおこす、またはそれを抑えるための薬を服用している。

_____ 複雑型偏頭痛を繰り返して起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。

_____ 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)。

_____ 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)。

_____ 赤痢または脱水症状で治療が必要である。

_____ 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなったことがある。

_____ 中等度の運動ができない (例えば、約 1.6 キロの距離を 12 分以内で歩くことができない)。

_____ 過去 5 年間に、意識を失う頭部の損傷があった。

_____ 腰痛を繰り返して起こす。

_____ 腰部または背骨の手術を受けている。

_____ 糖尿病である、またはなかったことがある。

_____ 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。

_____ 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。

_____ 心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。

_____ 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。

_____ 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。

_____ 副鼻腔の手術を受けている。

_____ 耳の病気や手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害である。

_____ 耳の病気を繰り返して起こす、または起こしていた。

_____ ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。

_____ 出血やその他の血液障害がある、またはあった。

_____ 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。

私の病歴について、上記の情報は、私の知るかぎり間違いはありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、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

未成年者の場合は、親権者または保護者の署名

日付

ダイビングを行うための健康診断書

スクーバダイビングの為にメディカルチェックによる医師への健康診断依頼書



(参加者記入欄)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

自宅 TEL _____ 携帯電話 _____

もし、ホームドクター又は主治医がいる場合は参考のために以下にご記入ください。

医師名 _____ 診療所/病院名 _____

住所 _____ TEL _____

◆医師の方へ

この「健康診断依頼書」を持ってこられた方は、レジャーでスクーバ・ダイビングを行おうとしている方です。

(既にダイビングを行っている方の場合もあります。)

この受診者が持参した「スクーバ・ダイビングのためのメディカルチェック」の結果に基づいて、添付してある「スクーバ・ダイビングのためのメディカルチェック」の項目 _____

に該当するため、担当のインストラクターから医師への診察を勧められて来院されています。

診察にあたっては、添付してある「スクーバ・ダイビングのためのメディカルチェック」の Yes の項目について、特にご留意ください。

受診の目的は、この受診者が、スクーバ・ダイビングを行うに当たり、医学的な観点からご意見を頂くことです。

下記の「医学的な観点からみた印象」の項目にチェックして頂き、必要があれば、所見又はご意見をお書き添えください。

なお、ご不明な点は、アクアアプリ 電話 +52-998-235-0653 担当 田中 秀明 _____

までお問い合わせ頂きますよう、お願い申し上げます。

◆医師の意見 (医学的な観点からみた印象)

ダイビングに支障をきたす可能性がある病気は、問診、身体所見、下記の検査の範囲では見当たりません。

(検査内容: _____)

危険性が高いと考えられる病気がありますが、下記に留意すれば、その危険性は少なくなると考えます。

(留意事項: _____)

危険性が高いと考えられる病気があり、潜水障害に陥る危険性が一般人と比較して明らかに高いと考えられますので、スクーバ・ダイビングをすることはすすめられません。

その他、所見又はご意見など: _____

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 _____

住所 _____

TEL _____ e-mail _____