

## 医学声明書

### 受講者記録 (秘密厳守)

説明文を読んでから署名してください

この声明書には、ダイビングトレーニング中に必要とされる活動において発生する可能性のある危険に関する情報が書いてあります。以下のダイブセンターおよびインストラクターにより提供されるスクーバトレーニング・プログラムに参加するためには、この書面に署名する必要があります。

(インストラクター名) 大川 厚

(ダイブセンター名) ドルフィンアイズ

所在地 神奈川県小田原市高田276-1

署名に先立ち、説明文を読みその内容を理解してください。スクーバトレーニング・プログラムに参加するためには、下段の病歴欄を含む医学声明書に記入する必要があります。受講者が未成年の場合は、声明書に親権者もしくは保護者の署名が必要です。

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、きわ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。健全な状態でのみ活発なダイビング活動が可能となります。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。心臓疾患のある人、現在風邪や過労の状態にある人、てんかんやぜんそく、深刻な健康不全の状態にある人、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。何らかの治療を受けている人は、プログラムに参加する前に担当医およびインストラクターに相談してください。また、インストラクターから潜水中の呼吸法や圧平衡に関する重要な安全手順を学ぶ必要があります。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。この医学声明書の病歴欄に関してまだ疑問が残る場合は、インストラクターとともにその内容を検討した上で署名してください。

## 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 V 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からの検診を受ける必要があるといえます。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"/> 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。               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 現在、煙草を喫っている</li> <li>• コレステロール値が高い</li> <li>• 家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある</li> <li>• 現在治療中の疾病、病気がある</li> <li>• 高血圧</li> <li>• 糖尿病、または病歴がある</li> </ul> | <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"/> 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"/> 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、平衡感の障害にかかったことがある。     |
|   | <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"/> 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"/> ダイビング障害や減圧症にかかった。                    | <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"/> 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"/> 糖尿病の病歴がある。                           |  |
|   | <input type="checkbox"/> 手術、ケガ、骨折の後に腰部、腕、足の障害がある。             |  |

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 \_\_\_\_\_  
▲ 署名 (楷書で記入)

日付 \_\_\_\_\_  
▲ (年/月/日)

親権者 \_\_\_\_\_  
▲ 署名 (楷書で記入)

日付 \_\_\_\_\_  
▲ (年/月/日)

# 受講者

(楷書で記入してください)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年令 \_\_\_\_\_ 才

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (勤務先) \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

今回の診断専門医

病院・医院名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

最後の健康診断記録

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院・医院名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

過去にスクーバダイビングをするための健康診断を要求されたことがありますか。 はい いいえ はいの場合 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 担当医

上記の方はスクーバ(自給式水中呼吸装置)を使用したダイビングの参加希望者です。スクーバダイビングのための参加希望者の健康診断をお願いします。レクリエーションダイバーの健康診断ガイドラインを十分にお読みください。

担当医の印象：

- ダイビングに適さないとと思われる障害は見当たりません
- ダイビングをするには明らかに異常をきたすと思われる障害があります

所見 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

私はレクリエーションダイバーの健康診断ガイドラインを読み理解しました。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院・医院名 \_\_\_\_\_ 医師署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_