

IASA 病歴／診断書

(MEDICAL STATEMENT)

コース参加者記録（重要部外秘情報）

この病歴／診断書は、スキンドайビング・スピアフィッシングにはある程度の危険性が内蔵すること、トレーニング・プログラムにはやりとげなければならないことが告知されていることを、確認するためのものです。このプログラムに参加するには、あなたの署名が必要です。

インストラクター名： _____ ストア名： _____ : 〒 _____

* 署名をする前に、この声明書をよく読んでください。スキンドайビング・スピアフィッシング・トレーニング・プログラムに参加するには、この病歴／診断書の声明書の全項目に記入することが必要です。未成年者の場合には親権者、または保護者の署名が必要になります。

病気に関する質問表

病気に関する質問表 この質問表は、スキンドайビング・スピアフィッシ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、スキンドайビング・スピアフィッシ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、プログラム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 Y (Yes) または N (No) で答えてください。回答が不明の場合は、安全を記して Y と答えてください。Y の場合には、プログラムに参加する前に、医師と相談していただかなければなりません。

* 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？

_____ 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。

_____ 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、またはなったことがある。 _____ 気胸がある、またはなったことがある。 その他の肺の病気がある、またはなったことがある。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起こす、または起こしていた。 _____ 出血やその他の血液障害がある、またはあった。 _____ 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。

_____ 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。 _____ 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。

_____ 過去 5 年間に娯楽で麻薬を使用したり、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。

* 参加者の皆様へ： 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： _____

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 _____

あなたのホーム・ドクター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 _____ 診断書／病院名 _____

住所 _____

電話

Eメール

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

上記の人はスキندайビング・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キندай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

スキンダイビングに不適合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。

スキンダイビングをすることはすすめられません。

所見

医師あるいは医師の法定代理人の署名 _____ 日付 (年/月/日) _____

医師名 _____ 診療所／病院名 _____

電話 _____ Eメール _____