

■ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションダイビングは、心身の健康が必要です。

この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。質問のいずれかに『はい』と回答した場合、医師による同意が必要です。

(1) 呼吸器系のトラブル・疾患の病歴があります。 過去 12 ヶ月以内に、喘息、喘鳴、肺結核、肺気腫、重度のアレルギー、気道の詰まりがあり、身体活動/運動に制限が生じました。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 糖尿病です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) てんかん、ひきつけ、めまい、失神の病歴があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4) 心臓に関する障害の病歴があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5) 高血圧症です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(6) 神経系統が不調です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(7) 潜水障害（耳、サイナス、肺の外傷、減圧症）を起こした事があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(8) 上記（1）～（7）に関する薬を服用しています。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

参加者署名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ダイバーメディカル | 医師による評価シート

上記の者は、レクリエーションダイビングに参加することに適しているかどうか、医師の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的ガイドラインについては、添付書類をご確認ください。

評価結果：

参加することに同意します - レクリエーションダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。

参加することに同意しません - レクリエーションダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師署名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

クリニック/病院名 _____

住所 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____