

## 医学証明書

### 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

この証明書には、スノーケリングプログラム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ノーケリング・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) \_\_\_\_\_

(ダイブセンター名) \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

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。スノーケリング・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証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、証明書に親権者もしくは保護者の署名が必要です。スノーケリ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となります。

安全にスノーケリ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スノーケリング活動が可能となるのです。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、スノーケリング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。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。この医学証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。

## 病歴に関するご質問

### 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・スノーケリングプログラム参加に際して、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、必ずしもスノーケリ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、スノーケリ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 v 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、スノーケリングを始めるに当たり医者への検診を受ける必要があるといえます。

\_\_\_\_ 妊娠していますか。もしくは、その疑いがありますか

\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_ 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)。

\_\_\_\_ 軽い運動ができない。(例: 12分間以内に約1600mの歩行)

\_\_\_\_ 心臓疾患がある、心臓発作を起こしたことがある。狭心症、または心臓血管の手術をした。

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

上記の方はスノーケリングプログラムの参加希望者です。スノーケリングのための参加希望者向けの健康診断をお願いします。

担当医の印象：

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

所見 \_\_\_\_\_

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

病院・医院名 \_\_\_\_\_ 医師署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_