



医学証明書

受講者記録 - 秘密厳守

説明分を読んでから署名してください

この証明書には、フリーダイビングやスクーバ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。フリーダイビングやスクーバダイビング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。

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。フリーダイビングやスクーバダイビングプログラムに参加するためには、病歴欄を含む医学証明書に記入する必要があります。受講生が未成年の場合は、証明書に親権者もしくは保護者の署名が必要です。

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、極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。

フリーダイビングやスクーバダイビングを安全に行うためには、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るのです。循環器系および呼吸器系は健康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康でなければなりません。心臓に問題のある人、現在風邪や鼻づまりの状態にある人、てんかん、深刻な医学的な問題を抱えている人、あるいはアルコールや薬物の影響を受けている人は潜水が禁じられています。喘息、心臓病、その他の慢性的な病状がある場合、また定期的に薬を服用している場合は、プログラムに参加する前と後、定期的に担当医やインストラクターに相談しなければなりません。インストラクターからフリーダイビングやスクーバダイビング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。フリーダイビングやスクーバダイビング器材の扱いを誤ると重大な障害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うえで署名してください。

<input type="text"/>	<input type="text"/>
受講生名(楷書)	ダイバーイニシャル

緊急連絡先 1

<input type="text"/>
氏名
<input type="text"/>
続柄
<input type="text"/>
自宅電話番号
<input type="text"/>
勤め先電話番号

緊急連絡先 2

<input type="text"/>
氏名
<input type="text"/>
続柄
<input type="text"/>
自宅電話番号
<input type="text"/>
勤め先電話番号



病歴書

受講生の方へ:

この医学的な質問事項は、フリーダイビングやスクーバダイビングのトレーニングの参加に際して、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言って、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YESかNOで教えてください。答えに確信が持てない場合は、YESと記入してください。YESと回答した項目が1つでもある場合は、フリーダイビングやスクーバダイビングを始めるに当たり医師の検診を受ける必要があります。医学証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。

妊娠していますか。もしくはその疑いがありますか

現在、処方薬を服用していますか
(避妊薬・抗マラリア薬を除く)

45歳以上で、かつまた次の項目の1つ以上にあてはまる

現在、パイプ、葉巻、タバコを喫っている

家族に心臓麻痺や心臓発作、脳卒中の病歴がある

高血圧

コレステロール値が高い

現在治療中の疾病、病気がある

糖尿病、食事制限のみで管理が
できている場合も含む

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...

喘息がある。
または息がぜいぜいする。
または運動すると息が切れる

よく乗り物酔い
(自動車、船など)に悩まされる

狭心症、心臓血管の手術をし

花粉症またはアレルギーの
発作が度々起こる

赤痢または脱水症状で医学
的処置が必要な状況である

副鼻腔の手術をした

風邪、副鼻腔炎、気管支炎に
かかりやすい

ダイビング障害や減圧症
にかかった

耳の疾患または手術、難聴、
平衡感覚の障害にか
かったことがある

なんらかの肺疾患がある

軽い運動ができない
(例:12分以内に約1600mの歩行)

慢性の耳の疾患がある

気胸である

5年以内に頭部損傷に
よる意識喪失がある

出血もしくはその他の
血液疾患がある

その他の胸部疾患、
または胸部の手術をした

慢性の腰痛がある

何らかのヘルニアの病歴がある

行動上の健康、精神的または
心理的問題(パニック発作、
閉鎖または開放空間への恐怖)

腰部または脊椎の手術をした

潰瘍の病歴または手術歴がある

てんかん、各種の発作、けい
れんを起こした。またはその
予防のために服薬をしている

糖尿病の病歴がある

結腸切開手術を受けた、
または人工肛門の形成がある

偏頭痛によく襲われる。または
その予防のために服薬をしている

手術、ケガ、骨折の後に
腰部、腕、脚の障害がある

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

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)

高血圧、またはその予防の
ために服薬をしている

何らかの心臓疾患の病歴がある

何らかの心臓疾患の病歴がある

心臓発作を起こしたことがある

私の病歴に関して提供した情報は、私の知る限り正確なものであることを声明いたします。わたしは意図的であるかどうかにかかわらず、既存または過去の健康状態を開示しなかった場合、重大な障害または死亡につながる可能性があることを理解し同意します。

署名

日付(日/月/年)

親または親権者署名

日付(日/月/年)