

## スノーケリング用病歴チェックシート

1	これまでに肺/呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。あるいは、COVID-19(新型コロナウイルス感染症)と診断されたことがあります。	該当する場合は下記A欄へ	<input type="checkbox"/>
2	45歳を超えており、コレステロール値が高いです。もしくは45歳を超えており、高血圧です。		<input type="checkbox"/>
3	中程度の運動(例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ)をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。		<input type="checkbox"/>
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	該当する場合は下記B欄へ	<input type="checkbox"/>
5	3ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。		<input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります	該当する場合は下記C欄へ	<input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です。(あるいは、過去5年以内に治療が必要でした)。または、学習障害と診断されたことがあります。	該当する場合は下記D欄へ	<input type="checkbox"/>
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	該当する場合は下記E欄へ	<input type="checkbox"/>
9	処方薬を服用しています(避妊薬、あるいは、メフロキン(ラリアム)以外の抗マラリア薬は除く)。		<input type="checkbox"/>
10	上記すべてに該当なし		<input type="checkbox"/>

\*上記質問の2、3、5、9のいずれかに、あるいは、下記【A欄】～【E欄】の質問のいずれかに該当した場合、スノーケリングへ参加するには、事前ご連絡下さい

<b>【A欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした</b>		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、ステント留置、気胸(肺虚脱)。		<input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。		<input type="checkbox"/>
心臓に関するトラブル、あるいは、病気。例えば: 狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。		<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。		<input type="checkbox"/>
過去2週間以内にCOVID-19(新型コロナウイルス感染症)と診断されました。		<input type="checkbox"/>
<b>【B欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした</b>		
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくはバランスがよくありません。		<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。		<input type="checkbox"/>
<b>【C欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした</b>		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。		<input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。		<input type="checkbox"/>
過去5年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなった(気をうしなったり、ぼんやりしたりした)ことがあります。		<input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。		<input type="checkbox"/>
<b>【D欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした</b>		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。		<input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害(躁うつ病)があります。		<input type="checkbox"/>
現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。		<input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。		<input type="checkbox"/>
<b>【E欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:</b>		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。		<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。		<input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。		<input type="checkbox"/>