



PADI病歴／診断書 (MEDICAL STATEMENT) コース参加者記録(重要部外秘情報)

署名する前によく読んでください。

この病歴／診断書は、ダイビ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。スクーバ・ダイビング・プログラムに参加するには、あなたの署名が必要です。

知られていることを、確認するためのものです。スクーバ・ダイビング・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:

住所: 〒

署名をする前に、この声明書をよく読んでください。スクーバ・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。この声明書には病気に関する質問があります。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。

ダイビングはエキサイティングなスポーツですが、同時にハードな活動でもあります。正しいテクニックを用いる限りはダイビングは比較的安全なスポーツです。

病気に関する質問表 参加者の皆様へ

この質問表は、リクリエショナル・スクーバ・ダイビ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、ダイビ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、スクーバ・ダイビング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。

しかし、安全手順に従わないときには、危険が増す場合があります。

スクーバを安全に楽しむには、極端なオーバーウェイトであったり、コンディションを軽視すべきではありません。ダイビングはそのときのコンディションしだいでは、非常に激しい活動にもなります。呼吸器系と循環器系が健康であること、すべての体内空間に異常がなく、健康であることが必要です。冠動脈性の心臓の疾患、現在カゼをひいていたり、うっ血、てんかん、重度の医学的なトラブル、アルコールや薬物依存の傾向などがある人は、ダイビングをすべきではありません。

また、ぜんそく、心臓の疾患、その他の慢性的な病状がある人、現在定期的に投薬を受けている人は、プログラムに参加する前と終了後も定期的に、医師としてインストラクターに相談してください。さらにスクーバ・ダイビングでの呼吸、圧平衡についてはプログラムの中でインストラクターから学びます。スクーバ器材の誤った使い方は、大きな障害につながる可能性があります。正式な資格をもつインストラクターの直接の指導のもとで、器材の安全な使い方のすべてを学ばなければなりません。

この病歴／診断書について質問があるときには、署名をする前にインストラクターとともにもう一度検討してください。

あなたの過去と現在の健康状態に関して、以下の質問にYesまたはNoで答えてください。回答が不明の場合は、安全を記してYesと答えてください。Yesの場合には、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師と相談していただかなければなりません。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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)。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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)。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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)。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。
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 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 赤痢または脱水症状態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、またはなつたことがある。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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)。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があった。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 腰痛を繰り返し起こす。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 何らかの肺の病気(肺炎など)がある、またはなつたことがある。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 腰部または背骨の手術を受けている。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 気胸がある、またはなつたことがある。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 糖尿病である、またはなつたことがある。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No その他の肺の病気がある、またはなつたことがある。もしくは肺(胸部)の手術を受けたことがある。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またなつたことがある(不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。 |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 副鼻腔の手術を受けている。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 出血やその他の血液障害がある、またはあった。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。 |
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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つたことがある。 |

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

