



既往症告知書

このページおよび裏面の太線部分に該当する事項を記入してから医師による健康診断を受けてください。異常あるいは問題点がある場合には医師と相談してください。

下記項目に該当する場合は空欄にチェック印をいれ、該当項目の番号を用いて下記の摘要欄に簡単に説明してください。

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----------------------|--------------------------|----|-----------------|--------------------------|----|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | 心電図を取った | <input type="checkbox"/> | 12 | 花粉症 | <input type="checkbox"/> | 24 | ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 精神的感情的問題がある | <input type="checkbox"/> | 13 | 副鼻腔炎など | <input type="checkbox"/> | 25 | 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 手術・病気の経験がある | <input type="checkbox"/> | 14 | 乗り物酔い | <input type="checkbox"/> | 26 | 呼吸器疾患 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 入院したことがある | <input type="checkbox"/> | 15 | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> | 27 | しつこい咳 |
| <input type="checkbox"/> | 5 | 重いケガを負った | <input type="checkbox"/> | 16 | コンタクトレンズ
を使用 | <input type="checkbox"/> | 28 | 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> | 6 | 身体に障害がある | <input type="checkbox"/> | 17 | 耳・聴力の障害 | <input type="checkbox"/> | 29 | 胸が痛む |
| <input type="checkbox"/> | 7 | 定期的投薬を受けている | <input type="checkbox"/> | 18 | アルコール問題 | <input type="checkbox"/> | 30 | 覚醒剤使用者 |
| <input type="checkbox"/> | 8 | 薬を含む、アレルギー | <input type="checkbox"/> | 19 | 総入れ歯 | <input type="checkbox"/> | 31 | 41歳以上 |
| <input type="checkbox"/> | 9 | 風邪を引きやすい、
喉を痛めやすい | <input type="checkbox"/> | 20 | 圧平衡障害 | <input type="checkbox"/> | 32 | 妊娠中 |
| <input type="checkbox"/> | 10 | 頭痛持ち | <input type="checkbox"/> | 21 | めまい・気絶 | <input type="checkbox"/> | 33 | 定期的に薬を服用 |
| <input type="checkbox"/> | 11 | 医師に運動を止められた
ことがある | <input type="checkbox"/> | 22 | てんかん | <input type="checkbox"/> | 34 | 気管支炎 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 23 | 心臓病 | <input type="checkbox"/> | 35 | 高血圧 |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | 36 | その他の疾病疾患 |

摘要

胸部レントゲン検査日付 _____年 月 日 未成年者の場合は両親または後見人の署名捺印

最近の健康診断日付 _____年 月 日 父親(親権者) _____・印 日付 _____年 月 日

本人署名捺印 _____・印 日付 _____年 月 日 母親(親権者) _____・印 日付 _____年 月 日

戸籍上の姓名 _____

住所 _____

生年月日 _____年 月 日 年齢 _____歳 性別 男・女 自宅電話番号 _____ ()

職業 _____ 会社名 _____ 所属部署 _____

申込コース名と開催地 _____ コース _____

緊急時の連絡先 _____

氏名 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 _____ ()

かかりつけの医師 _____ 電話番号(昼間) _____ () 夜間 _____ ()

健康保険の種類 _____ 番号 _____ 電話番号 _____

このコースを何で知りましたか? _____



健康診断書

(該当項目を楷書で記入してください)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____

住所 〒 _____ 都道府県 _____ 市 _____ 番地 _____

職業 _____ 自宅電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご担当医師殿

本書持参人は水中呼吸器具一式（スクーバ）を用いたダイビングのトレーニング参加申込人です。このトレーニングは当人に対しいろいろな形で通常とは異なるストレスを加える活動です。従って、当該申込人の医学上の適性に関する所見をお尋ねします。スクーバダイビングは激しい運動を要求しますから、ダイバーには循環器系・呼吸器系の疾患があつてはなりません。また、圧平衡を図るためには中耳や副鼻腔が正常に機能することが絶対要件です。申込人の体質が意識喪失の危険性を含むものであれば、トレーニングへの申し込み資格がなくなります。

この健康診断書では所見欄で認可不認可のいずれかを選択してください。ダイビングが申込人本人のためにならないという結論に達した場合には、当人にその旨ご説明ください。

医師の所見（既往症については裏面参照）： _____

この診断書は申込人本人にお渡しください。

- 所見： 1. 認可（ダイビングを行うのに問題となる欠陥なし）
2. 不認可（当該申込人にはダイビング中における健康と安全を損なう危険のある欠陥がある）

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) _____

住所 _____ 電話番号 _____ () _____