

## 受講生記入欄

受講者氏名 _____	出生地・生年月日 _____
住所 _____	連絡先 _____

**病歴チェック**

参加者へ：以下に該当するすべてにチェックをしてください。次に示す既往もしくは現在の病歴について、該当するものがあればチェックをしてください。チェックがある場合は医師の署名がある健康診断書の提出が必要です。

<input type="checkbox"/> 風邪、気管支炎	<input type="checkbox"/> 何らかの手術歴	<input type="checkbox"/> 高血圧
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> アルコール依存症	<input type="checkbox"/> ヘルニア、慢性の腰痛
<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 気胸	<input type="checkbox"/> 潰瘍
<input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴	<input type="checkbox"/> 重傷な事故歴	<input type="checkbox"/> 圧平衡(耳抜き)に障害
<input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術歴	<input type="checkbox"/> ぜんそく/肺気腫	<input type="checkbox"/> 視覚問題
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 頻繁な片頭痛	<input type="checkbox"/> 体の一部または全部にマヒがある
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> アレルギー発作	<input type="checkbox"/> 薬物の常用

圧縮ガスの呼吸で起こりえる問題について、以下の病歴にも注意を払います。

<input type="checkbox"/> 発作、けいれん、めまい、意識喪失や失神	<input type="checkbox"/> 喫煙
<input type="checkbox"/> 妊娠およびその疑い	<input type="checkbox"/> 減圧症または他の潜水疾患
<input type="checkbox"/> 潜水障害や減圧症	<input type="checkbox"/> 冷たい空気を呼吸や運動をした時の息切れ
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 現在治療中の疾病、病気がある
<input type="checkbox"/> 頭部損傷による意識喪失	
<input type="checkbox"/> リストにない他の健康問題: _____	

**健康診断記録**

病院名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

過去にスクーバダイビングで健康診断を要求されたことがあるか?  はい  いいえ はいの場合 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の受講者はスクーバ器材を使用した講習参加希望者です。スクーバダイビングのための健康診断をお願いします。

## 医師記入欄

**診断医の印象(チェックをしてください)**

\_\_\_\_\_ 現在のところ、ダイビングをすることを認められます

\_\_\_\_\_ ダイビングをすることを認められません

所見 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

医師署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日