

メディカルチェック

(参加者記入用)

| | | | | | | |
|-------|--------------------|--------|---|---|----|---|
| 氏名 | 生年月日 (西暦・大正・昭和・平成) | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 〒 | | | | | | |
| 自宅電話 | 携帯電話 | E-mail | | | | |
| 緊急連絡先 | 電話 | E-mail | | | | |

スノーケリング、スキンドайビング、スクーバダイビングにおけるすべての行為は、自己責任において行われるものです。体調不良によって起こったトラブルについては、インストラクターや医師が責任を負えるものではありません。そのため、参加者は、ダイビングについての身体的な適正を知っておく必要があります。

もし、確信が持てない場合や、わからない場合には、□に✓を入れて下さい。チェック✓がある場合は、安全に影響する病気または既往症があるかもしれないということです。記入後、担当のインストラクターに渡して下さい。

I. 現在または過去に、以下の病気や症状、治療を受けたことがありますか？

- | | |
|---|--|
| <p>1. 頭痛</p> <p><input type="checkbox"/> 偏頭痛をよく起こす。</p> <p>2. 神経の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 神経の障害（半身が動かなくなった、半身がしびれた、言葉がしゃべりにくくなった、突然目の前が真っ暗になったなど）を起こしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 最近5年間に、頭をぶつけて意識を失ったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん発作やけいれんを起こしたことがある。</p> <p>3. 循環器の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧といわれたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 狭心症や心筋梗塞を起こしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓や血管の手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 不整脈、胸痛、労作時の息切れなど、発作的に起こる症状や病気がある。</p> <p><input type="checkbox"/> その他、心臓の病気がある。</p> <p>4. 消化器の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 脱水、または下痢、嘔吐、吐き気をよく起こす。</p> <p><input type="checkbox"/> 胃や腸に潰瘍ができたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 潰瘍の手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 腸の手術（人工肛門造設なども含む）をしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ヘルニア（ソケイヘルニア、食道裂孔ヘルニア、その他）がある。</p> <p>5. 骨、関節、筋肉の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 首、背中、腰、または四肢に痛みがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 首、背中、腰、または四肢に異常があつて、治療を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 骨折、捻挫、脱臼の経験がある。現在もその後遺症（痛み・関節の不安定感など）がある。</p> <p><input type="checkbox"/> ヘルニア（椎間板ヘルニア、その他）がある。</p> <p>6. 乗り物酔い</p> <p><input type="checkbox"/> 船酔い、車酔い、波酔いをしやすい。</p> <p>7. 運動能力</p> <p><input type="checkbox"/> 中程度の運動（たとえば12分以内に1,6kmを走る）ができない。</p> | <p>8. 呼吸器の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 気管支喘息といわれたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 気胸（肺が破ける病気）を起こしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> その他、肺の病気をしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 胸の病気（肺の病気以外）や胸の手術を受けたことがある。</p> <p>9. 血液の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 血液の病気（貧血、出血しやすい、血液が固まりやすいなど）、血管の病気（血管が詰まる、または血流が悪くなる病気）がある。</p> <p>10. 内分泌の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌の病気（糖尿病または血糖値が高い、甲状腺の病気など）を指摘されたことがある。</p> <p>11. 潜水障害</p> <p><input type="checkbox"/> 潜水障害（耳、副鼻腔、肺の気圧変化による外傷、および減圧症や動脈ガス塞栓症など）、または潜水事故を起こしたことがある。</p> <p>12. 耳鼻の病気</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）の症状を起こしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 副鼻腔炎（蓄膿症も含む）、気管支炎（急性、慢性、アレルギー性）または風邪をひきやすい。</p> <p><input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 耳の病気（外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、内耳の病気など）、聴覚の異常（難聴、耳鳴りなど）、平衡感覚の異常（めまいなど）を経験したことがある。または、耳の手術をしたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> その他、何か耳に関する異常（たとえば気圧の変化による耳の痛みなど）を経験したことがある。</p> <p>13. 精神の病気</p> <p><input type="checkbox"/> 精神病、不安障害（パニック発作、閉所恐怖症、広場恐怖症、神経症などを含む）、行動の障害（情緒的に不安定、注意がそれやすい、集団行動ができないなど）といわれたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 最近5年間に、薬を長期間服用したことがある。または、薬物依存、アルコール依存、麻薬の使用などがある。</p> |
|---|--|

- II. 上記申告内容に✓を入られた方に質問です。
- 上記病気や症状の治療のために継続して通院や薬を服用している。
- III. その他現在についての質問です。
- 現在、飲んでいる薬がある。(市販薬も含む)
- 過去3ヶ月以内に病気と診断された事がある。
- 参加するにあたり、身体のこと心配なことがある。
- IV. BMI (Body Mass Index) についての質問です。
- BMI= 体重 kg ÷ (身長 (m)² が 25 以上。<BMI 早見表参照 >
- V. 学校、会社等で行われる健康診断についての質問です。
- 最近1年以上健康診断を受けていない。
- 医師に精密検査を薦められているが検査を受けていない項目がある。

- VI. 女性の方のみの質問です。
- 妊娠している可能性があるまたは、その予定がある。
- 月経前または月経中、特に体調が悪くなりやすい。
- VII. 45歳以上の方のみの質問です。
- タバコを吸っている。
- 血中コレステロール値が高い。
- 家族に心臓の病気の方がいる、または心臓の病気 で亡くなった方がいる。

上記は、私を知る限りにおいて正確なものであります。なお、このメディカルチェックは、現在の身体状態を評価するものであり、将来の体調を予測するものではないことを承知しています。また、受講及び参加中で通院あるいは、入院もしくは、体調の変調をきたした時には、随時申し出る必要があることも承知しています。よって主催者に対して私の健康状態を明らかにしなかったことにより起こったトラブルは、主催者やBSACメンバー、BSACダイブセンターやBSAC JAPAN に対して責任を問うことはできないことについても理解し、すべて自己責任とすることに同意します。

本人署名 _____ 親権者を持つ保護者の署名 _____

日付 西暦 年 月 日 *未成年者の場合は上記の署名も必要 日付 西暦 年 月 日

メディカルチェック

(医師への健康診断依頼書用)

医師の方へ

この書類を持ってこられた方は、レジャーでスクーバダイビングを行おうとしている方です。(既にダイビングを行っている場合もあります) この方は、別紙「メディカルチェック(参加者記入用)」の結果に基づいて、担当のインストラクターから医師への受診を薦められて来院されています。診察にあたっては、「メディカルチェック(参加者記入用)」の□にチェックした項目について、特にご注意ください。

受診の目的は、この受診者が、スクーバダイビングを行うにあたり、医学的な観点からご意見を頂くことです。下記の「医学的な観点からみた印象」の項にチェックして頂き、必要があれば、所見またはご意見をお書き添え下さい。

なお、ご質問やご不明な点は、BSAC JAPAN(TEL:03-5297-5656 e-mail : training@bsac.jp)までご連絡下さい。

受診者氏名

◆医師の意見

医学的な観点からみた印象

ダイビングに支障をきたす可能性がある病気は、問診、身体所見、下記の検査の範囲では見当たりません。

検査:

危険性が高いと考えられる病気がありますが、下記に留意すればその危険性は少なくなると考えます。

留意事項:

潜水障害に陥る危険性が、一般人と比較して明らかに高いと考えます。

その他、所見または意見など

.....

.....

.....

.....

日付 西暦 年 月 日

医療施設:

医師名:

印

住所: 〒

電話:

E-mail:

メディカルチェック確認書

【主催者】

メディカルチェックに沿って必要な事項について説明しました。

■ 署名（説明した者）

日付：西暦 年 月 日

【申込者】

「メディカルチェック」内の必要な事項について説明を受けました。

■ 署名（参加者及び親権を持つ保護者）

日付：西暦 年 月 日

* 参加者が未成年者の場合は、この確認書に親権を持つ保護者の署名が必要となります。

■ 署名（親権を持つ保護者氏名）

日付：西暦 年 月 日

* 本紙は、スクーバダイバーのためのメディカルチェック参加者記入用とともに保管されます。