

スクーバダイバーのためのメディカルチェック・ガイドライン
＜医師への健康診断依頼書＞

◆医師の方へ

この「健康診断依頼書」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方の場合もあります）。この受診者が持参した「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：本書裏面）」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、添付してある「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）」の□にチェックした項目について、特にご留意ください。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ください。「スクーバダイバーのためのメディカルチェック（インストラクターマニュアル）」についても必要があればご参照ください。

なお、ご質問や不明な点は、DAN JAPAN/（財）日本海洋レジャー安全・振興協会（電話：045-228-3066）にご連絡くださるようお願いいたします。

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あたりません。

（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思います。

（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

医療施設名： _____

医師名： _____ 印

住 所：〒 _____

電 話： _____

Email： _____