

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)



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 _____ FAX _____

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。

以下の質問に対して、「はい」または、確信が持てないとか、わからない場合には、☑を付けて下さい。「はい」という回答は、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提出してください。

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？ また申告された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ますか？

1. 頭痛

- 偏頭痛をよく起こす。
- そのため予防薬を飲むことがある。

2. 神経の病気

- 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。
- 最近5年間に、頭をぶつけて意識を失ったことがある。
- てんかん発作やけいれんを起こしたことがある。予防薬を飲んだことがある。

3. 循環器の病気

- 高血圧といわれたことがある。血圧を下げる薬を飲んでいる。
- 狭心症や心筋梗塞を起こしたことがある。
- 心臓や血管の手術を受けたことがある。
- 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。
- その他、心臓の病気がある。

4. 消化器の病気

- 脱水、または下痢、嘔吐、吐き気をよく起こす。
- 胃や腸に潰瘍ができたことがある。
- 潰瘍の手術を受けたことがある。
- 腸の手術 (人工肛門造設なども含む) をしたことがある。
- 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。

5. 骨、関節、筋肉の病気

- 首、背中、腰、または四肢に痛みがある。
- 首、背中、腰、または四肢に異常があって、治療を受けたことがある。
- 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。
- ヘルニア (椎間板ヘルニア、その他) がある。

6. 乗り物酔い

- 船酔い、車酔い、波酔いをしやすい。

7. 運動能力

- 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。

II. 現在、飲んでいる薬がある。(市販薬も含む)

- 過去3ヶ月以内に何らかの医療を受けたことがある。

III. 身長 _____ m 体重 _____ kg

- BMI (Body Mass Index) = 体重 (kg) ÷ { (身長 (m) × 身長 (m)) } が 25 以上です。
<BMI 早見表参照 >

IV. 学校、会社等で行われる健康診断についての質問

- 最近1年以上健康診断を受けていない。
- 医師に精密検査を勧められているが検査を受けていない項目がある。

8. 呼吸器の病気

- 気管支喘息といわれたことがある。
- 気胸 (肺が破ける病気) を起こしたことがある。
- その他、肺の病気をしたことがある。
- 胸の病気 (肺の病気以外) や胸の手術を受けたことがある。

9. 血液の病気

- 血液の病気 (貧血、出血しやすい、血液が固まりやすいなど) や、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。

10. 内分泌の病気

- 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。

11. 潜水障害

- 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。

12. 耳鼻の病気

- 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。
- 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。
- 副鼻腔の手術を受けたことがある。
- 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。
- 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。

13. 精神の病気

- 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。
- 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。

V. 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。

VI. 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、または心臓の病気でご亡くなった方がいる。

VII. 参加するにあたり、身体のことでの心配なことがある。

上記の病歴は、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。

よってこのメディカルチェック記入後に入院、手術、通院に到った体調の変化や薬を摂取した場合には、随時申し出ることも承知しています。

また、健康状態について明らかにしなかったことによって起こるトラブル並びに本チェックを具にインストラクターから説明を受けたことにより、いかなる意味でもインストラクター及びチェックリスト作成者の責任を問うことはできないことについても、すべて自己責任とすることに同意します。

* 未成年者の場合は以下の署名も必要

本人署名 _____

親権者を持つ保護者の署名 _____

日付 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日付 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日