

## ダイビングツアーにお申込みのお客様へ

この度はオーシャンズダイブツアーをご利用いただき、ありがとうございます。

ダイビングツアーにご参加いただく方へ、【ダイビング情報】【PADI病歴診断書】のご提出をお願いしております。

必ずご確認の上、ツアーに参加されるご本人様をご記入くださいます様、お願いいたします。（※代筆は不可）

必要書面（計3枚）はご記入後、下記記載のダイビングショップへ直接メールかFAXでお送りください。（※弊社への返信は不要です）

### ■■ダイビング情報について■■

・ファンダイビング、体験ダイビングにご参加の方は、ご住所の記入は不要です。

### ■■PADI病歴診断書について■■

※質問表はあくまでも目安になります。

※60歳以上の方およびPADI病歴診断書の診断項目に1つでも該当がある方は、ご出発前にかかりつけの医師を受診の上、3枚目の【医師記入欄】を必ずご記入ください。当日は原本をご持参ください。

医師による診断の内容により、ダイビングツアーへのご参加をお断りする場合がございます。

### ■■その他■■

※ファンダイブ・アドバンス講習にご参加のお客様は、ライセンスカードとログブックを現地にご持参ください。

### ■■ダイビング情報■■

【ご利用のダイビングショップ】	シーフレンド（渡嘉敷島） TEL：098-987-2836 FAX：098-987-2647 Email：info@seafriend.jp
【ダイビングメニュー】	<input type="checkbox"/> ファンダイビング <input type="checkbox"/> ライセンス取得 <input type="checkbox"/> 体験ダイビング
【ダイビング実地日】	年 月 日～ 日間
【ダイビング履歴】（※ライセンスをお持ちの方のみ記入）	
(1) ライセンス取得指導団体名	<input type="checkbox"/> PADI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> STARS <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) ダイバーレベル	<input type="checkbox"/> スクーバ <input type="checkbox"/> オープンウォーター <input type="checkbox"/> アドバンス <input type="checkbox"/> レスキュー <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) ダイビング経験本数	本 (4) 最終ダイビング実施日 年 月 日

予約番号					
(フリガナ)					
代表者名					
(フリガナ)					年齢 ( )
参加者名					
携帯番号					
住所 ※ライセンス講習の方のみ	〒				
レンタル器材の有無	必要 ・ 不要 ※必要な方は下記もご記入ください				
フルレンタル（ダイブコンピュータ除く）・BC・レギュレーター・ウェットスーツ・3点セット（マスク・フィン・ブーツ）					
身長	cm	体重	kg	足のサイズ	cm
視力	右：	左：	度付マスク	要 ・ 不要	
【その他連絡事項】					



# PADI 病歴 / 診断書

(MEDICAL STATEMENT)

## コース参加者記録(重要部外秘情報)

### 署名する前によく読んでください。

この病歴 / 診断書は、ダイビングにはある程度の危険性が内蔵すること、トレーニング・プログラムにはやりとげなければならないことが告知されていることを、確認するためのものです。スクーバ・ダイビング・プログラムに参加するには、あなたの署名が必要です。

インストラクター名: \_\_\_\_\_

ストア名: \_\_\_\_\_

住所:〒 \_\_\_\_\_

署名をする前に、この声明書をよく読んでください。スクーバ・トレーニング・プログラムに参加するには、この病歴 / 診断書の声明書の全項目に記入することが必要です。この声明書には病気に関する質問があります。未成年者の場合には親権者、または保護者の署名が必要になります。

ダイビングはエキサイティングなスポーツですが、同時にハードな活動でもあります。正しいテクニックを用いる限りはダイビングは比較的 안전한スポーツです。

しかし、安全手順に従わないときには、危険が増す場合があります。

スクーバを安全に楽しむには、極端なオーバーウェイトであったり、コンディションを軽視すべきではありません。ダイビングはそのときのコンディション次第では、非常に激しい活動にもなります。呼吸器系と循環器系が健康であること、すべての体内空間に異常がなく、健康であることが必要です。冠状動脈性の心臓の疾患、現在カゼをひいていたり、うっ血、てんかん、重度の医学的なトラブル、アルコールや薬物依存の傾向などがある人は、ダイビングをすべきではありません。

また、ぜんそく、心臓の疾患、その他の慢性的な病状がある人、現在定期的に投薬を受けている人は、プログラムに参加する前と終了後も定期的に、医師そしてインストラクターに相談してください。さらにスクーバ・ダイビングでの呼吸、圧平衡についてはプログラムの中でインストラクターから学びます。スクーバ器材の誤った使い方は、大きな障害につながる場合があります。正式な資格をもつインストラクターの直接の指導のもとで、器材の安全な使い方のすべてを学ばなければなりません。

この病歴 / 診断書について質問があるときには、署名をする前にインストラクターとともにもう一度検討してください。

### 病気に関する質問表

#### 参加者の皆様へ:

この質問表は、リクリエーショナル・スクーバ・ダイビングに参加される前に、医師の診断を受けるべきかを判断するためのものです。あなたが以下の各質問にYesと答えたからといって、ダイビングをする資格がないことを意味するわけではありません。あなたのダイビング時の安全性を阻害させる条件を判断させ、スクーバ・ダイビングに参加する前に医師からのアドバイスを必要とすることを意味します。

あなたの過去と現在の健康状態に関して、以下の質問にYesまたはNoで答えてください。回答が不明の場合は、安全を記してYesと答えてください。Yesの場合には、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師と相談していただくかなければなりません。

- 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。
- 現在処方せんによる投薬を受けている(避妊薬、マラリア予防薬は除く)。
- 45歳以上の方で、以下の項目が1つ以上あてはまる。
  - パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。
  - コレステロール値レベルが高い。
  - 家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。
  - 現在診療を受けている。
  - 高血圧である。
  - 食事療法で調整しているが糖尿病である。

- 意識喪失や、気絶したことがある。(完全、または一時的に意識を失う)。
- 乗り物酔いがよくある。または乗り物酔いが激しくある(船酔いや車酔いなど)。
- 赤痢または脱水症状で治療が必要である。
- 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなつたことがある。
- 中等度の運動ができない(例えば、約1.6キロの距離を12分以内で歩くことができない)。
- 過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があった。
- 腰痛を繰り返し起こす。
- 腰部または背骨の手術を受けている。
- 糖尿病である、またはなつたことがある。
- 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。
- 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしていた。
- 心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。
- 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。
- 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。
- 副鼻腔の手術を受けている。
- 耳の病気や手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害である。
- 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。
- 出血やその他の血液障害がある、またはあった。
- ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。
- 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。
- 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。
- 過去5年間に娯楽で麻薬を使用したり、治療のために麻薬を用いた、またはアルコール依存症になつたことがある。

#### 以前に以下の病気にかかったことがある、または現在かかっていますか?

- 喘息(ぜんそく)、あるいは呼吸時の喘息(ぜいぜいする)、または運動時に喘鳴が起きる、または起きたことがある。
- 花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。
- カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。
- 何らかの肺の病気(肺炎など)がある、またはなつたことがある。
- 気胸がある、またはなつたことがある。
- その他の肺の病気がある、またはなつたことがある。もしくは肺(胸部)の手術を受けたことがある。
- 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなつたことがある(不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。
- てんかん、発作、けいれんをおこす、またはそれを抑えるための薬を服用している。
- 複雑型偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。

私の病歴について、上記の情報は、私の知るかぎり間違いはありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかつた場合、記載漏れの事項に関する責任を負うことに同意します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 未成年者の場合は、親権者または保護者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

**参加者記入欄**

楷書で記入してください

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ 勤務先電話 \_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

あなたのホーム・ドクターあるいは主治医の住所と氏名

医師名 \_\_\_\_\_ 診療所／病院名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

最後に受けた健康診断の日付 \_\_\_\_\_

診断した医師 \_\_\_\_\_ 診断書／病院名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ Eメール \_\_\_\_\_

ダイビングのための健康診断を受けたことがありますか？  YES  NO YESであればいつ？ \_\_\_\_\_**医師記入欄**

上記の人はスクーバ（圧縮空気呼吸装置）によるダイビング・トレーニングに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がスクーバ・ダイビングに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

**医師による診断**
 ダイビングに不適格であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。

 ダイビングをすることはすすめられません。

 所見 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

医師あるいは医師の法定代理人の署名

年／月／日

医師名 \_\_\_\_\_ 診療所／病院名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ Eメール \_\_\_\_\_