



病歴／診断書 ー 参加者記録 (極秘情報)

署名する前によく読んでください。

この病歴／診断書は、スクーバ・ダイビングに伴う危険性と、トレーニング・プログラムの中で必要とされる活動の告知を確認するためのものです。以下のスクーバ・トレーニング・プログラムに参加するには、あなたの署名が必要となります。下記に必要事項を記入してください。

インストラクター名 _____

施設名 _____

施設住所 _____

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、病歴についてのセクションを含むこの病歴／診断書のすべての項目に記入する必要があります。未成年者の場合には、親権者もしくは保護者の署名が必要です。

ダイビングは刺激的で労力を要する活動です。正しいテクニックを使用して行動すれば、ダイビングはきわめて安全なものです。しかし、確立された安全手順にしたがわない場合には危険が伴います。

安全にスクーバ・ダイビングを行うには、極端な肥満や体調不良であってはけません。ダイビングは状況によっては激しい活動であるため、呼吸器系と循環器系が健康で、なおかつすべての体内空間が正常である必要があります。心臓疾患、風邪をひいている、鬱血がある、てんかん、ぜんそく、重度の医学的トラブルがある、アルコールや薬物の影響下にある人は、ダイビングをするべきではありません。ぜんそく、心臓疾患、その他の慢性疾患がある、または投薬を受けている場合は、プログラムに参加する前に医師とインストラクターに相談するほか、終了後も定期的に診察を受けてください。また、スクーバ・ダイビング中の呼吸と圧平衡についての重要な安全ルールをインストラクターから学ぶ必要があります。スクーバ器材の不適切な使用は、深刻な傷害の原因となる場合があります。これらの器材の安全な使い方について、資格を持ったインストラクターの直接の監督下で指導を受けなければなりません。

この病歴／診断書や病歴のセクションについてさらに質問がある場合には、署名をする前に医師と再度検討してください。

病歴質問書

参加者のみなさまへ：

この病歴書は、レクリエーション・スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断するためのものです。病歴があると回答したことで、あなたにダイビングをする資格が欠けるといことはありません。その回答は、ダイビングを行う際の安全性に影響する条件があなたにあることを示し、医師のアドバイスを必要とすることを意味します。

過去および現在のあなたの病歴について、以下の質問に「はい」または「いいえ」でお答えください。回答が不明の場合は「はい」と回答してください。あなたに当てはまる項目がある場合は、スクーバ・ダイビングへの参加前に医師の診察を受けることになります。担当インストラクターが、医師へ持参するPADI病歴／診断書とレクリエーション・スクーバ・ダイバーの健康診断ガイドラインをお渡しします。

- ___ 現在妊娠中ですか。または妊娠の予定はありますか？
- ___ 定期的に処方された薬、もしくは市販の薬品を服用していますか（避妊薬はのぞく）？
- ___ 45才以上で、以下の1つ以上の項目に当てはまりますか？
 - 現在、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
 - 家族に心臓発作や卒中の病歴がある
 - 現在診療を受けている
 - 高血圧である
 - 糖尿病である（食事療法のみの場合も含む）

以前に以下の病気にかかったことがある、もしくは現在かかっている

- ___ ぜんそく、呼吸時の喘鳴（ぜいぜいする）、運動時の喘鳴
- ___ 花粉症およびアレルギーの激しい発作や頻繁な発作
- ___ 頻繁な風邪、副鼻腔炎、気管支炎
- ___ 肺の病気
- ___ 気胸

- ___ 肺（胸部）の病気または手術の経験
- ___ 行動、精神、心臓障害（パニック発作、閉所恐怖症もしくは広場恐怖症）
- ___ てんかん、発作、けいれんを起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している
- ___ 偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを押さえるための薬を服用している
- ___ 意識喪失や気絶の経験がある（完全に、もしくは一時的に意識を失ったことがある）
- ___ 乗物酔いになることがよくある（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
- ___ ダイビング事故や減圧症の経験がある
- ___ 中程度の運動ができない（例えば1.6kmの距離を12分以内で歩くことができない）
- ___ 過去5年間に意識を失うような頭部の損傷があった
- ___ 腰痛を繰り返し起こす
- ___ 腰部の手術を受けたことがある
- ___ 糖尿病になったことがある
- ___ 腰、腕、脚に、手術、外傷、骨折の後遺症がある
- ___ 高血圧症の経験がある、または血圧をコントロールする薬を服用したことがある
- ___ 心臓疾患の経験がある
- ___ 心臓発作の経験がある
- ___ 狭心症や心臓、血管の手術を受けたことがある
- ___ 耳や副鼻腔の手術を受けたことがある
- ___ 耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある
- ___ 飛行機内や高地で圧平衡に問題があった経験がある
- ___ 出血やその他の血液障害の経験がある
- ___ ヘルニアの経験がある
- ___ 潰瘍や潰瘍手術の経験がある
- ___ 結腸瘻造設術の経験がある
- ___ 薬物もしくはアルコール依存になったことがある

私の病歴についての上記の情報に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った場合、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 (日/月/年) _____

親権者もしくは保護者署名 _____ 日付 (日/月/年) _____