

JCS 病歴声明書

参加者の記録

(非公開情報)

日本海中技術振興会

署名する前に丁寧に読んでください。

この文書はスクーバダイビングに関わる幾つかの潜在的危険とスクーバダイビングトレーニングプログラム中に必要な行為について、貴方にお知らせするためのものです。これから貴方に提供されるJCSスクーバダイビングプログラムに参加する為には、以下の記録と署名が必要です。

インストラクター

ファシリテーター

住 所

本文書に署名する前によく読んで十分に検討し、この病歴書に記入してください。これには、貴方のスクーバダイビングトレーニングプログラムに参加する為の病歴部分があります。尚、年齢に達していなければこの文書に親権者の署名が必要です。

スクーバダイビングはエキサイティングで労力を要する活動です。正しく行動し、正しいテクニックを使えば、非常に安全なスポーツです。しかしながら、規定されている安全手順を守らない場合は、危険なスポーツと言わざるを得ないでしょう。安全にスクーバダイビングをするには決して条件に外れることがあってはなりません。

ある条件下ではダイビングは非常に疲れるものです。貴方の呼吸器系や循環系が健康でなければなりません。全ての身体腔所は通常で健康でなければなりません。心臓に問題がある人や、現在風邪や鬱血がある人、てんかん、喘息、重大な医学的問題、アルコールや薬物依存症の人はダイビングをしてはいけません。薬を飲んでる人は、このプログラムに参加する前に医師と相談してください。

また、インストラクターからスクーバダイビング中の呼吸と圧平衡に関する重要な安全ルールを学ぶ必要があります。スクーバ器材を間違えて使うと、重大な障害に至る恐れがあります。JCS公認インストラクターの直接監督下でそれを安全に使うための使用方法をを完全に教わってください。

この病歴書、あるいは病歴部分に関して分からない部分がある場合、またはさらに質問がある場合は署名する前に担当インストラクターと確認をしてください。

この医学的アンケートの目的は、スクーバダイビングに参加するのに医師に診察してもらう必要があるかを見るためのものです。質問に肯定的に答えたからと言ってダイビングが出来ないということではありません。肯定的に答えるというのは、ダイビング中、安全に影響を与える条件がすでに存在し、医師の助言を求めるべきだと言うことです。

以下の過去及び現在の病歴について、「はい」または「いいえ」で答えてください。分からないときは「はい」と答えて下さい。もしどれかに「はい」がつくなら、スクーバダイビングをする前に医師に相談する必要があります。

45才以上で次のどれかに当てはまる。

(最近たばこを吸う。コレステロール値が高い。心不全や心臓発作の人が家族にいる)

現在妊娠中あるいは妊娠しようとしている。

現在処方薬、あるいは市販薬を服用している。(受胎調節薬を除く)

これまでに罹ったことがあるか、現在か罹っている

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息、呼吸でゼイゼイいう、運動でゼイゼイいう。 | <input type="checkbox"/> 怪我、骨折などでの手術の経験 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁または重度の花粉症またはアレルギー症。 | <input type="checkbox"/> 手術後の背中、腕、腕、脚の障害。 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁な風邪、副鼻腔炎、気管支炎。 | <input type="checkbox"/> 中程度の運動を行うことが出来ない。 |
| <input type="checkbox"/> 肺疾患。 | <input type="checkbox"/> 高血圧、あるいは血圧制御剤を服用している。 |
| <input type="checkbox"/> 気胸(肺の損傷)。 | <input type="checkbox"/> 心疾患の経験。 |
| <input type="checkbox"/> 胸部手術の経験。 | <input type="checkbox"/> 心臓発作の経験。 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症または広場恐怖症。 | <input type="checkbox"/> 狭心症あるいは心臓手術、あるいは血管手術。 |
| <input type="checkbox"/> 運動機能障害。 | <input type="checkbox"/> 耳あるいは副鼻腔の手術歴。 |
| <input type="checkbox"/> てんかん、発作、痙攣あるいはその予防薬の服用。 | <input type="checkbox"/> 耳疾患、聴覚喪失、平衡感覚障害歴。 |
| <input type="checkbox"/> 頻発性偏頭痛あるいはその予防薬の服用。 | <input type="checkbox"/> 飛行機や山で耳の圧平衡に障害があった経験。 |
| <input type="checkbox"/> ブラックアウトあるいは気絶の経験。 | <input type="checkbox"/> 出血あるいは出血障害の経験。 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に乗り物酔いがありますか(船酔い、車酔い) | <input type="checkbox"/> 潰瘍手術を伴う潰瘍歴。 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁な腰痛の経験。 | <input type="checkbox"/> 人口肛門手術。 |
| <input type="checkbox"/> 背中、腰部外科手術の経験。 | <input type="checkbox"/> 薬物あるいはアルコール乱用歴。 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病の経験。 | <input type="checkbox"/> ダイビング事故または減圧症の経験。 |

私の病歴についてここに記入した情報は、私の知っている限り正確なものです。

署名

日付

親権者の署名

日付

(必要に応じて)