

シュノーケリング病歴/診断書

以下の病歴の有無をご確認下さい。
右の「はい」又は「いいえ」でお答え下さい。
シュノーケリング病歴/診断書

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)	はい いいえ
肺や呼吸器系の疾患(喘息・肺気胸) 喘息の症状が出た事が有る。または喘息の薬を服用している。	はい いいえ
高血圧症である。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。	はい いいえ
耳や鼻に病気が有る。(メニエール、中耳炎、蓄膿など)	はい いいえ
行動上の問題、または精神的、心理的な問題が有る。	はい いいえ
乗り物酔いが有る。	はい いいえ
45 歳以上の方でコレステロール値レベルが高い。	はい いいえ
現在病院に通院している。	はい いいえ
現在・過去ともに、医師より運動や生活に制限を受けた事が有る。	はい いいえ
上記以外での疾患・通院中のお客様記入欄	

私の病歴について、上記の情報は、私の知る限り間違いありません。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、記入漏れの事項に関する責任を負う事に同意します。

参加者署名 _____ 印 _____ 日付 _____

親権者署名 _____ 印 _____ 日付 _____

参加者が未成年の場合は親権者の署名が必要です。

参加者記入欄

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

住所 _____

連絡先 _____

医師記入欄

上記の方はシュノーケリングツアーに参加を申し込んでいます。この書類は参加者の体調がシュノーケリングに適した健康状態であるかをお尋ねするものです。

シュノーケリングツアー開催は海洋での開催になります。その時のコンディション次第では、肉体的に非常に激しい活動になる場合が有ります。陸上に戻るまでに時間がかかる場合も有ります。また、近くに医療施設が無い場所での開催になる場合も有ります。

医師による診断チェック項目

- シュノーケリングに不適合であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
- シュノーケリングをする事はすすめられません。

所見 _____

医師名 _____ 印 _____

病院名 _____ 印 _____

電話 _____