

メディカルチェック

【下記の項目に必要な事項もしくは、該当する項目にご記入ください】

本日の体調は 良好 不調

*不調と思われる方は状況を具体的にお書きください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、体温が高い。 | <input type="checkbox"/> 現在、薬品を常用、服用している。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、のどの痛みがある。 | <input type="checkbox"/> 最近、入院あるいは手術を受けた。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪をひいている。 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足（前夜の就寝時間： ～：） |
| <input type="checkbox"/> 現在、耳抜きがやりづらい。 | <input type="checkbox"/> 前夜に飲酒がある |
| <input type="checkbox"/> 現在、鼻が詰まっている。 | 時間（： ～：）もしくは、飲酒量（種類/量） |
| <input type="checkbox"/> 現在、通院中である。 | |

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？

- 頭痛
偏頭痛をよく起こす。
- 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。
- 循環器の病気
高血圧といわれたことがある。
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。
- 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りますか？
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。
- 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。
- 乗り物酔い
船酔い、車酔い、波酔いをしやすい。
- 運動能力
中程度の運動（たとえば速足でウォーキング30分）ができない。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
認知症と診断されたことがある。または認知症の疑いがある。

II. 上記申告内容に✓を入られた方に質問です。
上記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る。

III. その他現在についての質問です。
現在、飲んでいる薬がある。（市販薬も含む）
過去3ヶ月以内に病気と診断された事がある。
参加するにあたり、身体のことでの心配なことがある。

IV. BMI (Body Mass Index) についての質問です。
肥満である。(BMI 25以上)

V. 学校、会社等で行われる健康診断についての質問です。
最近1年以上健康診断を受けていない。
医師に精密検査を薦められているが検査を受けていない項目がある。

VI. 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。

VII. 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。
家族に心臓の病気の方がいる、または心臓の病気で亡くなった方がいる。

上記は、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。よって主催者に対して、私の健康状態を明らかにしなかったことにより起こったトラブルは、インストラクターや、青海島ダイビングセンター、指導団体であるBSAC JAPANに対して責任を問うことはできないことについても理解し、すべて自己責任とすることに同意します。

本人署名 _____ 保護者の署名 _____

日付 西暦 年 月 日 *未成年者の場合は上記の署名も必要 日付 西暦 年 月 日