

スキューバダイバーのための メディカルチェック

[参加者記入用]

DAN JAPAN・(財)日本海洋レジャー安全・振興協会
(財)社会スポーツセンター

スクーバダイバーのためのメディカルチェック

(参加者記入用)

氏名 _____

生年月日 西暦 (大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____ FAX _____

勤務先電話 _____ FAX _____

E-mail _____

スクーバダイビングにおけるすべての行為は、自己責任において行われるものです。

体調不良によって起こったトラブルについては、インストラクターや医師が責任を負えるものではありません。そのため、参加者は、ダイビングについての身体的な適正を知っておく必要があります。

このメディカルチェックは、身体的なトラブルをできるだけ未然に防ぐために開発された質問票です。特に、これからインストラクションを受ける方(またはガイドを依頼するダイバー)が行うものです。

以下の質問に対して、「はい」または「いいえ」のどちらかに○を付けて下さい。もし、確信が持てないとか、わからない場合には、「はい」に○を付けて下さい。「はい」という回答は、安全に影響する病気または既往症があるかもしれないということです。

記入後、担当のインストラクターに渡してください。

ダイバー記入用

現在または過去に、以下の病気や症状がありますか？

1. 偏頭痛(脈を打つような頭痛)をよく起こしますか？または、そのための予防薬を飲むことがありますか？(はい・いいえ)
2. 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り、突然目の前が真っ暗になったなど)を起こしたことがありますか？(はい・いいえ)
3. 最近5年間に、頭をぶつけて意識を失ったことがありますか？(はい・いいえ)
4. てんかん発作やけいれんを起こしたことがありますか？または、それらの発作の予防薬を飲んだことがありますか？(はい・いいえ)
5. 乗り物酔い(船酔い、波酔い、車酔いなど)をしやすいですか？(はい・いいえ)
6. 中程度の運動(たとえば12分以内に1.6Kmを走る)ができませんか？(はい・いいえ)

7. 高血圧といわれたことがありますか？または、血圧を下げる薬を飲んでいますか？
(はい・いいえ)
8. 狭心症や心筋梗塞を起こしたことがありますか？または、心臓や血管の手術を受けた
ことがありますか？(はい・いいえ)
9. 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りますか？
(はい・いいえ)
10. その他、心臓の病気が何かありますか？(はい・いいえ)
11. 気管支喘息といわれたことがありますか？または、息が「ゼーゼー」「ヒューヒュー」
いうことがありますか？(はい・いいえ)
12. 気胸(肺が破ける病気)を起こしたことがありますか？(はい・いいえ)
13. その他、肺の病気をしたことがありますか？ 咳や痰が出やすいですか？
(はい・いいえ)
14. 胸の病気(肺の病気以外)や胸の手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
15. 脱水、または下痢、嘔吐、吐き気をよく起こしますか？(はい・いいえ)
16. 胃や腸に潰瘍ができたことはありますか？または、潰瘍の手術を受けたことありま
すか？(はい・いいえ)
17. 腸の手術(人工肛門造設なども含む)をしたことがありますか？(はい・いいえ)
18. 首、背中、腰、または四肢に痛みがありますか？(はい・いいえ)
19. 首、背中、腰、または四肢に異常があつて、治療を受けたことがありますか？
(はい・いいえ)
20. 骨折、捻挫、脱臼の経験があり、現在もその後遺症(痛み・関節の不安定感など)が
残っていますか？(はい・いいえ)
21. 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)がありますか？または、それらについて手術
を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
22. 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
ありますか？(はい・いいえ)
23. 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
れたことがありますか？(はい・いいえ)
24. 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りますか？
(はい・いいえ)
25. 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
きやすいなどがありますか？(はい・いいえ)
26. 副鼻腔の手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
27. 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りますか? または、耳の手術をしたことがありますか?(はい・いいえ)

28. 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りますか?(はい・いいえ)

29. ヘルニア(椎間板ヘルニア、ソケイヘルニア、食道裂孔ヘルニア、その他)がありますか? または、何らかの手術を受けたことがありますか?(はい・いいえ)

30. 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りますか?(はい・いいえ)

31. 最近5年間に、薬を長期間服用したことがありますか? または、薬物依存、アルコール依存、麻薬の使用などがありますか?(はい・いいえ)

1 現在、飲んでいる薬がありますか(市販薬も含む)?(はい・いいえ)

2 過去3ヶ月以内に何らかの医療を受けたことがありますか?(はい・いいえ)

身長 _____ m 体重 _____ kg

BMI (Body Mass Index) = 体重 (kg) ÷ (身長 (m) × 身長 (m)) が 25 以上ですか?

(はい・いいえ) <BMI 早見表参照>

学校、会社、地域で行われる健康診断(人間ドックを含む)についての質問です。

1 最近1年以上健康診断を受けていませんか?(はい・いいえ)

2 医師に精密検査を薦められていて、まだ検査を受けていない項目がありますか?(はい・いいえ)

女性の方のみの質問です。

1 妊娠している可能性はありますか? または、その予定がありますか?(はい・いいえ)

2 月経前または月経中、特に体調が悪くなりやすいほうですか?(はい・いいえ)

45歳以上の方のみの質問です。

1 タバコを吸っていますか?(はい・いいえ)

2 血中コレステロール値が高いですか?(はい・いいえ)

3 家族に心臓の病気、または心臓の病気で亡くなった方がいますか?(はい・いいえ)

ダイビングに参加するにあたり、身体のことなどで何か心配なことがありますか?(はい・いいえ)

上記の病歴は、私が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。また、健康状態について明らかにしなかったことによって起こるトラブル並びに本チェックを基にインストラクターから説明を受

けたことにより、いかなる意味でもインストラクター及びチェックリスト作成者の責任を問うことはできないことについても、すべて自己責任とすることに同意します。

署名

日付 西暦 年 月 日

未成年者の場合は以下の署名も必要

親権者または保護者の署名

日付 西暦 年 月 日