

ハイアットリージェンシー 瀬良垣アイランド 沖縄

病歴／診断書【マリンアクティビティ】

署名する前に必ずよくお読みください。以下の項目に関して該当する場合には「レ」でお答えください。

- 1) ___ 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）。
- 2) ___ 45歳以上の方で、以下の項目が1つ以上あてはまる。
・パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。・現在診療を受けている。・コレステロール値レベルが高い。
・高血圧である。・家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。・食事療法で調整しているが糖尿病である。
- 3) ___ 喘息（ぜんそく）、あるいは呼吸時の喘息（ぜいぜいする）、または運動時に喘鳴が起きる、または起きたことがあった。
- 4) ___ 花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。
- 5) ___ カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。
- 6) ___ 何らかの肺の病気（肺炎など）がある、またはなつたことがある。
- 7) ___ その他の肺の病気がある、またはなつたことがある。もしくは肺（胸部）の手術を受けたことがある。
- 8) ___ 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなつたことがある（不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など）。
- 9) ___ 複雑型偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。
- 10) ___ 過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があった。
- 11) ___ 高血圧症、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。
- 12) ___ 出血やその他の血液障害がある、またはあった。
- 13) ___ ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。
- 14) ___ 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。
- 15) ___ 過去5年間に娯楽で麻薬を使用したり、治療のために麻薬を用いた、またはアルコール依存症になつたことがある。

以下の項目に関して一つでも当てはまる項目がある場合は病院へ受診する前に一度、瀬良垣島マリン&アクティビティクラブ（098 960 4287）へご相談ください。

- 16) ___ 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。
- 17) ___ 気胸がある、またはなつたことがある。
- 18) ___ てんかん、発作、けいれんをおこす、またはそれを抑えるための薬を服用している。
- 19) ___ 意識喪失や、気絶したことがある。（完全、または一時的に意識を失う）。
- 20) ___ 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなつたことがある。
- 21) ___ 糖尿病である、またはなつたことがある。
- 22) ___ 心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。
- 23) ___ 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。
- 24) ___ 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。
- 25) ___ 副鼻腔の手術を受けている。
- 26) ___ 耳の病気や手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害である。
- 27) ___ 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。
- 28) ___ 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。

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つた場合、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: _____ 日付（年／月／日）: _____

親権者署名: _____ 日付（年／月／日）: _____

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: _____

電話番号: _____

医師記入欄

上記の人はマリンアクティビティに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がマリンアクティビティに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師による診断

- マリンアクティビティに不適合であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。
- マリンアクティビティをすることはすすめられません。

所見

医師名: _____ 印

診療所／病院名: _____

電話番号: _____