

Medical declaration for entry-level certificate divers - Japanese

受講者詳細

名前 生年月日 年齢

住所

市町村 都道府県 郵便番号 国

電話番号 携帯電話番号 Eメール

身長 体重 BMI ウェスト周囲

* BMI = 体重 / (身長 x 身長)

よく読んでからご署名ください。

この声明書は、スクーバダイビングに関連して起こり得る危険とエントリーレベル（オープンウォーターコース）認定のスクーバトレーニングプログラム中に貴方がしなくてはならない事柄について、貴方が説明を受けたということを証明するものです。この声明書に貴方の署名がなされない場合には、スクーバトレーニングプログラムに参加することができません。署名をする前に、この声明書に記載されている事柄をよく読んでください。

病歴記入欄含むこの声明書に完全に記入して提出することは、スクーバトレーニングプログラムに参加するために必要となっております。貴方が未成年の場合はこの声明書に保護者（親権者あるいは後見人）の署名がなくてはなりません。

ダイビングは、エキサイティングで要求度の大きな活動ですが、正しく行動し、正しいテクニックを使用することで非常に安全な活動となります。しかしながら、確立されている安全手順を守らない場合には危険性が生じます。

安全なスクーバダイビングを楽しむには、過度の肥満や健康上の不調があってはなりません。ダイビングは一定のコンディションの下では重労働となり得ます。呼吸器系や循環器系のコンディションが良好でなくてはなりません。体内にある空間のすべてがノーマルで健康でなくてはなりません。心臓の不調や風邪、鼻つまり、テンカン、ゼンソク、重症な健康上の問題がある人や、アルコールや投薬を受けている場合には、ダイビングできません。

スクーバダイビング中の呼吸や圧平衡の仕方に関する重要な安全ルールをインストラクターから習得しなくてはなりません。スクーバ器材の間違った使用法は、重大な障害を招くことがあります。安全に使用するために資格を有するインストラクターの直接監督下で使用方法について十分な指導を受けなくてはなりません。

この病歴質問書と声明書について疑問がある場合には、署名をする前に担当のインストラクターと共に話し合い、検討してください。

受講者病歴質問書

この病歴質問書は、貴方がエントリーレベルのトレーニングプログラムに参加するにあたり、事前にドクターの診察が必要かどうかを判断するものです。病歴質問書に該当した場合でも、直ちにダイビングできないと判断されるわけではありません。

病歴質問書に該当した場合は、ダイビング中にあなたの安全に影響を与えるかもしれない事情が存在する可能性がありますので、ダイビング実習ご参加前にダイビングメディカルに詳しいドクターのアドバイスを受ける必要があります。

	Yes	No		Yes	No
現在妊娠中、または妊娠のご予定がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行動、品行上、精神上的の疾患（そううつ病など）、閉所恐怖症、広所恐怖症に陥ることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、処方薬を服用していますか？ （避妊薬、抗マラリア剤を除く。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45歳以上ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
あなたのBMIは、30より上で、さらにウェスト周囲が 男性102cm、女性88cmを超えていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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った）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以前に以下の病気にかかったことがある、 または現在かかっていますか？			乗物酔いで困ることがよくある （船酔いや車酔いなど）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘息（ぜんそく）、あるいは呼吸時の喘鳴（ぜいぜいする） または運動時に喘鳴することがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤痢または、脱水症状を抑えるための薬を服用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花粉症、またはアレルギー症状がひどく、 あるいは頻繁にかかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ダイビング事故や、減圧症になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通の運動ができない（例えば、約1.6kmの距離を12分以内で歩くことができない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺の病気（肺炎など）になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5年以内に意識喪失を伴う頭の怪我をしたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気胸になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛（背中を含む）を繰り返し起こす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の胸部の病気、手術を受けたことがある 腰、背中、腕、脚の外科手術、外傷、 あるいは骨折のあとの後遺症がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰部（背中を含む）、脊柱の手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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使用したことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病に罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓疾患に罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳、または副鼻腔の手術を受けたことがある。耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症、あるいは心臓外科手術、動脈手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	繰り返し耳の問題が起きたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓発作になった経験がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出血やその他の血液障害を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副鼻腔手術の手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	各種のヘルニアに罹ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5年以内に麻薬、薬物依存等、あるいはアルコール依存症になったこと、またはその治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門形成術、結腸手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受講者署名

日付

親権者の署名
(未成年者の場合)

関係

日付

Below to be completed by Instructor, for and on behalf of - Divers Den, 319 Draper Street, Paramatta Park, Queensland, 4870

Has the participant answered **YES** or left blank any of the participant medical questions? If **YES** then the participant requires a dive medical certificate certifying that the person is medically fit to dive.

Instructor Signature

Position

Date