

既往症告知書

このページおよび裏面の太線部分に該当する事項を記入してから医師による健康診断を受けてください。異常あるいは問題点がある場合には医師と相談してください。

下記項目に該当する場合は空欄にチェック印をいれ、該当項目の番号を用いて下記の摘要欄に簡単に説明してください。

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>____ 1 心電図を取った</p> <p>____ 2 精神的感情的問題がある</p> <p>____ 3 手術・病気の経験がある</p> <p>____ 4 入院したことがある</p> <p>____ 5 重い怪我を負った</p> <p>____ 6 身体に障害がある</p> <p>____ 7 定期的投薬を受けている</p> <p>____ 8 薬を含む、アレルギー</p> <p>____ 9 風邪を引きやすい
喉を痛めやすい</p> <p>____ 10 頭痛持ち</p> <p>____ 11 医師に運動を止められた
ことがある</p> | <p>____ 12 花粉症</p> <p>____ 13 副鼻腔炎など</p> <p>____ 14 乗り物酔い</p> <p>____ 15 閉所恐怖症</p> <p>____ 16 コンタクトレンズ
を使用</p> <p>____ 17 耳・聴力の障害</p> <p>____ 18 アルコール問題</p> <p>____ 19 総入れ歯</p> <p>____ 20 圧平衡障害</p> <p>____ 21 めまい・気絶</p> <p>____ 22 てんかん</p> <p>____ 23 心臓病</p> | <p>____ 24 ぜんそく</p> <p>____ 25 肺結核</p> <p>____ 26 呼吸器疾患</p> <p>____ 27 しつこい咳</p> <p>____ 28 糖尿病</p> <p>____ 29 胸が痛む</p> <p>____ 30 覚醒剤使用者</p> <p>____ 31 41歳以上</p> <p>____ 32 妊娠中</p> <p>____ 33 定期的に薬を服用</p> <p>____ 34 気管支炎</p> <p>____ 35 高血圧</p> <p>____ 36 その他の疾病疾患</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

摘要

胸部レントゲン検査日付 ____年 ____月 ____日

最近の健康診断日付 ____年 ____月 ____日

本人署名捺印 _____ (印) 日付 ____年 ____月 ____日

未成年・60歳以上の方は、後見人の署名捺印

ご家族氏名 _____ (印) 日付 ____年 ____月 ____日

生年月日 ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳 性別 男・女 自宅電話番号 ____ () ____

緊急時の連絡先 _____

氏名 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 ____ () ____



健康診断書

(該当項目を楷書で記入してください)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____

住所 〒 _____ 都道府県 _____ 市 _____ 番地 _____

職業 _____ 自宅電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご担当医師殿

本書持参人は水中呼吸器具一式（スクーバ）を用いたダイビングの参加申込人です。ダイビングは当人に対し様々な形で通常とは異なるストレスを加える活動です。したがって、当該申込人の医学上の適正に関する所見をお尋ねいたします。スクーバダイビングは激しい運動を要求しますので、ダイバーには循環器系・呼吸器系の疾患があってはなりません。また、圧平衡を図るためには中耳や副鼻腔が正常に機能することが絶対要件です。申込人の体質が意識喪失の危険性を含むものであれば、ダイビングへの申し込み資格がなくなります。

この健康診断書では所見欄で認可不認可のいずれかを選択してください。ダイビングが申込人本人のためにならないという結論に達した場合には、当人にその旨ご説明ください。

医師の所見（既往症については裏面参照）： _____

この診断書は申込人本人にお渡しください。

- 所見： 1. 認可（ダイビングを行うのに問題となる欠陥なし）
2. 不認可（当該申込人にはダイビング中における健康と安全を損なう危険のある欠陥がある）

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) _____

住所 _____ 電話番号 _____ (_____) _____