

ダイビング用病歴チェックシート

1	これまでに肺/呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。あるいは、COVID-19(新型コロナウイルス感染症)と診断されたことがあります	該当する場合は下記A欄へ	<input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	該当する場合は下記B欄へ	<input type="checkbox"/>
3	中程度の運動(例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ)をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。		<input type="checkbox"/>
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	該当する場合は下記C欄へ	<input type="checkbox"/>
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。		<input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	該当する場合は下記D欄へ	<input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です。(あるいは、過去5年以内に治療が必要でした)。または、学習障害と診断されたことがあります。	該当する場合は下記E欄へ	<input type="checkbox"/>
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	該当する場合は下記F欄へ	<input type="checkbox"/>
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	該当する場合は下記G欄へ	<input type="checkbox"/>
10	処方薬を服用しています(避妊薬、あるいは、メフロキン(ラリアム)以外の抗マラリア薬は除く)。		<input type="checkbox"/>

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、下記【A欄】～【G欄】の質問のいずれかに該当した場合、ダイビングへ参加するには、事前ご連絡下さい

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:	
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、ステント留置、気胸(肺虚脱)。	<input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	<input type="checkbox"/>
心臓に関係するトラブル、あるいは、病気。例えば、狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	<input type="checkbox"/>
COVID-19(新型コロナウイルス感染症)と診断されました。	<input type="checkbox"/>
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です:	
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	<input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	<input type="checkbox"/>
高血圧です。	<input type="checkbox"/>
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます(不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む)。	<input type="checkbox"/>
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:	
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	<input type="checkbox"/>
耳の疾患があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくはバランスがよくありません。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	<input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	<input type="checkbox"/>
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:	
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	<input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾患があります。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	<input type="checkbox"/>
過去5年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなった(気をうしなったり、ぼんやりしたりした)ことがあります。	<input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	<input type="checkbox"/>
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:	
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	<input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害(躁うつ病)があります。	<input type="checkbox"/>
現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	<input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	<input type="checkbox"/>
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:	
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。	<input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	<input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	<input type="checkbox"/>
G欄 - 私は過去に以下の状態でした:	
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	<input type="checkbox"/>
過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。	<input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	<input type="checkbox"/>
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害(GERD)がありました。	<input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	<input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	<input type="checkbox"/>