

スノーケリング用病歴チェックシート

スノーケリングに参加する前にこのチェックシートを記入し、病歴チェックにあてはまる場合は☑をお願いします。

	4人で1枚記入できます。1人目は①、二人目は②...に☑をお願いします	①	②	③	④
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。(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	45歳を超えており、コレステロール値が高いです。もしくは45歳を超えており、高血圧です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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。(B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	3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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、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。(C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	現在、精神的疾患、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。(D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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。(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*上記質問の2、3、5、9のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに該当した場合、スノーケリングへ参加するには、医師による同意が必要です。

このチェックシートの3ページ全て(病歴チェックシートと医師の評価シート)を医師に提出して、評価を受けてください。

上の9の質問すべてに当てはまらない場合、医師による評価は必要ありません。以下の文を読み、署名と日付を記入して同意したことをご確認ください。

スノーケリングに関する危険の告知書

私は、スノーケリングスキューバダイビング(参加プログラムに✓印を入れてください)

についての説明を受け、内容を十分に理解し参加します。

私(親権者)／私共(親権者及び参加者)は、上記で選択したプログラムに参加させる／参加するにあたり、このプログラムが海や湖、プールなどの水域で実施されることを理解しており、したがって、安全のためにガイドやインストラクターの指示にしたがうことに同意いたします。

私／私共は、このプログラムがスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。

特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関してはすべてガイドやインストラクターに説明し、もし不明な点、ガイドやインストラクターの指示が合った場合には、

医師の診断を受けさせることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。

私(私／私共)は、安全にプログラムを楽しむには、上記のことを全て守る必要があることを十分理解し、インストラクターやガイドの指示に従わないことや、重大な病歴について説明しないこと

その他重大な不注意等が原因となり事故が発生しても、それは全て私(私／私共)の責任であることを了解しています。

私／私共は、上記の内容をよく読み、確認して署名いたします。

①参加者署名		日付	年	月	日
18歳以下の場合、親権者の署名		日付	年	月	日
②参加者署名		日付	年	月	日
③参加者署名		日付	年	月	日
④参加者署名		日付	年	月	日

スタッフチェック項目

【A欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした	①	②	③	④
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/運動に制限が生まれました。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去2週間以内に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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【B欄】 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした	①	②	③	④
耳の疾病があります。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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	①	②	③	④
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	①	②	③	④
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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:	①	②	③	④
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>