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☑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)	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐
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。(D)	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐
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）。	☐	☐	☐	☐
10	上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

*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☐スキン・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

インストラクター署名　　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）。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

【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。	☐	☐	☐	☐
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	☐	☐	☐	☐
上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

【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。	☐	☐	☐	☐
持続性の神経傷害または疾病があります。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

【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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

【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。	☐	☐	☐	☐
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。	☐	☐	☐	☐
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	☐	☐	☐	☐
上記すべてに該当なし	☐	☐	☐	☐

医師による評価シート

参加者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、スノーケリングに参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。

・スノーケリング小型船に乗り、開催ポイントまで 30 分～40 分程離れた無人島の沖合いで行います。
ツアー中の 3 時間前後は陸への上陸はありません。その間は常に揺れが伴います。
・遊泳時はライフジャケット着用の状態ですが、海洋状況によっては潮の流れや波が生じることがございます。
・開催場所付近の海面水温は例年おおむね 4 月（ 21℃～24℃ ）、5 月・11 月（ 23℃～26℃ ）、
6 月・10 月（ 24℃～27℃ ）、7 月～9 月（ 27℃～30℃ ）ほどになると考えられます。
・船の走行時は波の影響で船が海面を叩くような動きをすることがあります。
・着席している身体が一度浮き座席に落下する様な衝撃や、下から突き上げるような衝撃を伴うことがあります。
・船には AED、純酸素を常備しています。（※エンジンの振動により AED が使用できない可能性があります。）

評価結果

☐ 参加することに同意します。

— スノーケリングあるいはスノーケリングのトレーニングまたは活動に適さないと考えられる状態ではありませんでした。

☐ 参加することに同意しません。

— スノーケリングあるいはスノーケリングのトレーニングまたは活動に適さないと考えられる状態です。

医師のサイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 専門＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

クリニック/病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ E メール＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師/クリニックのスタンプ（任意）