

### メディカルチェック

参加者様全員が必ずご確認をお願いします。確認漏れがあった場合は当日参加をお断りさせていただきます。お客様都合のキャンセル扱いになりますのでご注意ください。該当する場合は2ページ目にお進み下さいませ。お客様の為のものになりますのでご了承下さいませ。

<input type="checkbox"/> 乗り物酔いしやすい。 波酔いをする可能性があります。ご心配の方はご連絡下さいませ。
<input type="checkbox"/> 耳の病気である。または、過去になったことがある(メニエール・外耳炎・中耳炎など) 波酔いや炎症が悪化する恐れがあります。ご心配の方はご連絡下さいませ。
<input type="checkbox"/> 鼻の病気である。または、過去になったことがある(副鼻腔炎や蓄膿など) ダイビングでの耳抜きが出来ない可能性があります。ご心配の方はご連絡下さいませ。
<input type="checkbox"/> 精神的な病気である。または、過去になったことがある(人格障害やパニック障害など) お一人様でのご参加が出来ません。
<input type="checkbox"/> 妊娠している。または、している可能性がある。ご参加出来ません。
<input type="checkbox"/> 肺の病気もしくは手術をしたことがある(気胸や肺気腫など) ダイビングをすることは出来ません。シュノーケリングは問題ございません。
<input type="checkbox"/> 運動制限がある。または、怪我や手術などの後遺症がある。 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> てんかんである。または、過去になったことある。 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> ぜんそくである。または、薬を服用もしくは処方している(小児ぜんそくは除く) 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 高血圧である。または、薬を服用もしくは処方している。 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 高コレステロールである。薬を服用もしくは処方している。 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 糖尿病である。または、薬を服用もしくは処方している。 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 脳の病気もしくは手術をしたことがある(脳梗塞・脳卒中など) 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 心臓の病気もしくは手術をしたことがある(狭心症・心不全・心筋梗塞など) 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 血液や血管の病気もしくは手術をしたことがある(血小板減少症・動脈硬化など) 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。
<input type="checkbox"/> 胃や腸の病気もしくは手術をしたことがある(ストーマ手術など) 医師の診断書が必要になります。2ページ目にお進み下さいませ。

## ダイビングの病歴確認の必要性について

ダイビングは、ルールを守って参加する場合は安全なマリンスポーツになります。  
ただし、特定の病気や過去の病歴がある方には、非常に危険なマリンスポーツになります。  
日常生活では全く問題ない病気や、過去に完治している病気に関しても危険性がある場合がございます。自己判断をせず、病歴の有無に関しては、正確にお答えくださいませ。

マリクラブクレアでは、お客様の安全確保を最優先に考えています。  
その為、お客様の現在・過去の健康状態の確認を厳しく実施しています。  
お客様の為の取り組みです。ご理解とご協力を宜しくお願い致します。

下記、医師の診断書の取得方法になります。

お手数ですが医師の診断書のご準備と提出をお願いします。

記入ミスや記入内容が異なると、当日参加をお断りさせて頂く場合がございます。

ご不明点ございましたらお気軽にご連絡くださいませ。

① 3 ページ目「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」と4 ページ目「ダイバーメディカル/参加者チェックシート(つづき)」と5 ページ目「ダイバーメディカル/医師による評価シート」をプリントアウトします。

↓

② 全てにお客様情報を記入します。

↓

③ かかりつけの病院の先生に提出して医師記入欄を記入して頂き、捺印を貰います。

↓

⑤ 「医師の診断書」がご準備出来ましたら、ご連絡をお願いします。不備がないかご心配の方は事前にメールもしくは郵送をお願いします。ご確認させていただきます。

↓

⑥ 当日、書類をお忘れ無くご持参下されませ。

以上になります。医師から記入出来ないと言われた場合は、危険性があると考えご参加をお断りさせていただきます。医師の診断書の提出は、お客様の参加をお断りする為に行っている物ではありません。取り組みにご協力頂けない場合は、お客様の安全を保証する事は出来ません。ご理解とご協力をお願いします。

## ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの「ダイビング」という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

### お願い

レクリエーションダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。  
女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

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。	はい <input type="checkbox"/> A欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	はい <input type="checkbox"/> B欄へ	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/> C欄へ	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/> D欄へ	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/> E欄へ	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/> F欄へ	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/> G欄へ	いいえ <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）。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

### 参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。

参加者宣誓文：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなるものが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者のサイン（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です）。

日付（日/月/年）(dd/mm/yyyy)

参加者氏名（楷書）

生年月日（日/月/年）

インストラクター氏名（楷書）

ファシリティ名（楷書）

\*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（参加者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。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

## ダイバーメディカル | 参加者チェックシート (つづき)

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)。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
高血圧です。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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)。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんの思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

# ダイバーメディカル | 医師による評価シート

参加者名

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

上記の者は、レクリエーションダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動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。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、[uhms.org](http://uhms.org) をご確認ください。先生が評価するところは、依頼人に関する（2ページの質問に「はい」と回答した）部分をご確認ください。

## 評価結果

- 参加することに同意します - レクリエーションスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーションスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師のサイン

日付 (日/月/年)

医師氏名

専門

(楷書)

クリニック/病院

住所

電話番号

Eメール

医師/クリニックのスタンプ (任意)

作成 : [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体 :

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**