

## 【ダイビングツアー参加申込書】

この度はJ-TRIPツアーをご利用頂き、誠にありがとうございます。ツアーにご参加の前に必ず下記をご確認下さい。

ツアー催行にあたって、【ダイビングツアー参加申込書】【BSAC病歴診断書】を送付しております。ご面倒でも必ずご確認の上、ツアー参加者ご本人様にご記入下さいます様、お願い致します。

また、過去に大病の病歴がある方、持病をお持ちの方、薬を常用している方等は、医師による診断書が必要になる場合がございます。お心当たりのある方は、事前にダイビングショップへご連絡をお願い致します。

必要書面(計3枚)はご記入後、下記記載のダイビングショップへ直接メールかFAXでお送り下さい。(※弊社への返信は不要です)  
また、ツアー前日までにダイビングショップからご連絡が入る場合がございます。

**【参加申込書について】**

・ファンダイビング・体験ダイビングにご参加の方は、住所はご記入頂かなくて結構です。

**【BSAC病歴診断書について】**

※質問表はあくまでも目安になります。

※3枚目の【医師記入欄】は、現在掛かりつけの医者や過去に大病の病歴等がなければ無記入で結構です。

※60歳以上の方はご出発前に3枚目【医師記入欄】を必ず医師にご記入頂いた上、ショップへメールかFAXをして頂き、当日は原本をご持参ください。  
医師による診断の内容により、ダイビングツアーへのご参加をお断りする場合がございます。

**【その他】**

※ライセンス取得コースの方は、顔写真(4cm×3cm)2枚を現地にご持参下さい。

※ファンダイブ・アドバンス講習にご参加のお客様は、ライセンスカードとログブックを現地にご持参下さい。

【利用ショップ】奄美大島ダイビングショップ ネバーランド (TEL:0997-56-1001 FAX:0997-56-1002 email:info@amami-umikaze.net)

【参加ツアー】 ファンダイブ 体験ダイビング ライセンス講習

【ダイビング実地日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間

【ダイビング履歴】(※ライセンスをお持ちの方のみ記入)

- ① ライセンス取得指導団体名 \_\_\_\_\_ PADI・SSI・STARS・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ② ダイバーレベル \_\_\_\_\_ スクーバ・オープンウォーター・アドバンス・レスキュー・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ ダイビング経験本数 \_\_\_\_\_ 本
- ④ 最終ダイビング実地日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代表者名(フリガナ)			
参加者氏名(フリガナ)			年齢 ( )
携帯番号			
住所 ※ライセンス講習の方			
レンタル器材の有無	必要・不要 ※必要な方は下記をご記入下さい		
レンタル器材: フルレンタル・BC・レギュレーター・ウェットスーツ・3点セット(マスク・フィン・ブーツ)			
身長	cm	体重	kg
足のサイズ			cm
視力	右 ( )	左 ( )	度付マスク 要・不要
【その他連絡事項】 例)過去の病歴、持病の有無、常用薬の有無など			

# スクーバダイバー病歴／診断書

(参加者記入用)



氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

スクーバダイビングにおけるすべての行為は、自己責任において行われるものです。体調不良によって起こったトラブルについては、インストラクターや医師が責任を負えるものではありません。そのため、参加者は、ダイビングについての身体的な適正を知っておく必要があります。

以下の質問に対して、「はい」または、確信が持てないとか、わからない場合には、☑を付けて下さい。「はい」という回答は、安全に影響する病気または既往症があるかもしれないということです。記入後、担当のインストラクターに提出してください。

## 病気に関する質問表

### I. 現在または過去に、以下の病気や症状、治療を受けたことがありますか？

また申告された病気や症状の治療のために継続して通院や薬を服用していますか？

#### 1. 頭痛

- 偏頭痛をよく起こす。
- そのため予防薬を飲むことがある。

#### 2. 神経の病気

- 神経の障害(半身が動かなくなった、半身がしびれた、言葉がしゃべりにくくなった、突然目の前が真っ暗になったなど)を起こしたことがある。
- 最近5年間に、頭をぶつけて意識を失ったことがある。
- てんかん発作やけいれんを起こしたことがある。予防薬を飲んだことがある。

#### 3. 循環器の病気

- 高血圧といわれたことがある。血圧を下げる薬を飲んでる。
- 狭心症や心筋梗塞を起こしたことがある。
- 心臓や血管の手術を受けたことがある。
- 不整脈、腹痛、労作時の息切れなど、発作的に起こる症状や病気がある。
- その他、心臓の病気がある。

#### 4. 消化器の病気

- 脱水、または下痢、嘔吐、吐き気をよく起こす。
- 胃や腸に腫瘍ができたことがある。
- 潰瘍の手術を受けたことがある。
- 腸の手術(人工肛門造設なども含む)をしたことがある。
- ヘルニア(ソケイヘルニア、食道裂孔ヘルニア、その他)がある。

#### 5. 骨、関節、筋肉の病気

- 首、背中、腰、または四肢に痛みがある。
- 首、背中、腰、または四肢に異常があつて、治療を受けたことがある。
- 骨折、捻挫、脱臼の経験がある。現在もその後遺症(痛み・関節の不安定感など)がある。
- ヘルニア(椎間板ヘルニア、その他)がある。

#### 6. 乗り物酔い

- 船酔い、車酔い、波酔いをしやすい。

#### 7. 運動能力

- 中程度の運動(たとえば12分以内に1.6 kmを走る)ができない。

#### 8. 呼吸器の病気

- 気管支喘息といわれたことがある。
- 気胸(肺が破ける病気)を起こしたことがある。
- その他、肺の病気をしたことがある。
- 胸の病気(肺の病気以外)や胸の手術を受けたことがある。

#### 9. 血液の病気

- 血液の病気(貧血、出血しやすい、血液が固まりやすいなど)や、血管の病気(血管が詰まる、または血流が悪くなる病気)がある。

#### 10. 内分泌の病気

- 内分泌の病気(糖尿病または血糖値が高い、甲状腺の病気など)を指摘されたことがある。

#### 11. 潜水障害

- 潜水障害(耳、副鼻腔、肺の気圧変化による外傷、および減圧症や動脈ガス塞栓症など)、または潜水事故を起こしたことがある。

#### 12. 耳鼻の病気

- アレルギー性鼻炎(花粉症含む)の症状を起こしたことがある。
- 副鼻腔炎(蓄膿症も含む)、気管支炎(急性、慢性、アレルギー性)または風邪をひきやすい。
- 副鼻腔の手術を受けたことがある。
- 耳の病気(外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、耳鼻の病気など)、聴覚の異常(難聴、耳鳴りなど)、平衡感覚の異常(めまいなど)を経験したことがある。
- または、耳の手術をしたことがある。
- その他、何か耳に関する異常(たとえば気圧の変化による耳の痛みなど)を経験したことがある。

#### 13. 精神の病気

- 精神病、不安障害(パニック発作、閉所恐怖症、広場恐怖症、神経症などを含む)、行動の障害(情緒的に不安定、注意がそれやすい、集団行動ができないなど)といわれたことがある。
- 最近5年間に、薬を長期間服用したことがある。または薬物依存、アルコール依存、麻薬の使用などがある。

#### II. □現在、飲んでる薬がある。(市販薬も含む)

- 過去3ヶ月以内に何らかの医療を受けたことがある。

#### III. 身長 m 体重 kg

- BMI (Body Mass Index)=体重(kg)÷((身長(m)×身長(m))が25以上です。

#### IV. 学校、会社等で行われる健康診断について質問

- 最近1年以上健康診断を受けていない。
- 医師に精密検査を薦められているが検査を受けていない項目がある。

#### V. 女性の方のみの質問です。

- 妊娠している可能性があるまたは、その予定がある。
- 月経前または月経中、特に体調が悪くなりやすい。

#### VI. 45歳以上の方のみの質問です。

- タバコを吸っている。
- 血中コレステロール値が高い。
- 家族に心臓の病気、または身体のこと心配なことがある。

上記の病歴は、私が知る限りにおいて正確なものであります。なお、このメディカルチェックは、現在の身体状態を評価するものであり、将来の体調を予測するものではないことを承知しています。よってこのメディカルチェック記入後に入院、手術、通院にいった体調の変化や薬を摂取した場合には、随時申し出ることも承知しています。

また、健康状態について明らかにしなかったことよって起こるトラブル並びに本チェックを基にインストラクターから説明を受けたことにより、いかなる意味でもインストラクター及びチェックリスト作成者の責任を問うことはできないことについても、すべて自己責任とすることに同意します。

※未成年者の場合は以下の署名も必要  
親権者を持つ保護者の署名

本人署名

親権者を持つ保護者の署名

日付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# スクーバダイバーのためのメディカルチェック・ガイドライン

<医師への健康診断依頼書用>

## 医師の方へ

この「健康診断依頼書」を持ってこられた方は、レジャーでスクーバダイビングを行おうとしている方です。  
(既にダイビングを行っている方の場合もあります)。

この受診者が持参した「スクーバダイバーのためのメディカルチェック(参加者記入用)」の結果に基づいて、担当のインストラクターから医師への受診を薦められて来院されています。

診察にあたっては、添付してある「スクーバダイバーのためのメディカルチェック(参加者記入用)」の□にチェックした項目について、特にご留意ください。

受診の目的は、この受診者が、スクーバダイビングを行うにあたり、医学的な観点からご意見をいただくことです。

下記の「医学的な観点からみた印象」の項にチェックして頂き、必要があれば、所見またはご意見をお書き添えください。

受信者氏名：  
\_\_\_\_\_

### ◆医師の意見

医学的な観点からみた印象

ダイビングに支障をきたす可能性がある病気は、問診、身体所見、下記の検査の範囲では見あたりません。

(検査： \_\_\_\_\_ )

危険性が高いと考えられる病気がありますが、下記に留意すれば、その危険性は少なくなると考えます。

(留意事項： \_\_\_\_\_ )

潜水障害に陥る危険性が、一般人と比較して明らかに高いと考えます。

その他、所見または意見など：

日付 西暦 年 月 日  
\_\_\_\_\_

医療施設：  
\_\_\_\_\_

医師名 : \_\_\_\_\_ 印

住所 : \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_