

## 既往症告知書

このページおよび裏面の太線部分に該当する事項を記入してから医師による健康診断を受けてください。異常あるいは問題点がある場合には医師と相談してください。

下記項目に該当する場合は空欄にチェック印をいれ、該当項目の番号を用いて下記の摘要欄に簡単に説明してください。

- |                               |                          |                   |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|
| _____ 1 心電図を取った               | _____ 12 花粉症             | _____ 24 ぜんそく     |
| _____ 2 精神的感情的問題がある           | _____ 13 副鼻腔炎など          | _____ 25 肺結核      |
| _____ 3 手術・病気の経験がある           | _____ 14 乗り物酔い           | _____ 26 呼吸器疾患    |
| _____ 4 入院したことがある             | _____ 15 閉所恐怖症           | _____ 27 しつこい咳    |
| _____ 5 重い怪我を負った              | _____ 16 コンタクトレンズ<br>を使用 | _____ 28 糖尿病      |
| _____ 6 身体に障害がある              | _____ 17 耳・聴力の障害         | _____ 29 胸が痛む     |
| _____ 7 定期的投薬を受けている           | _____ 18 アルコール問題         | _____ 30 覚醒剤使用者   |
| _____ 8 薬を含む、アレルギー            | _____ 19 総入れ歯            | _____ 31 41歳以上    |
| _____ 9 風邪を引きやすい<br>喉を痛めやすい   | _____ 20 圧平衡障害           | _____ 32 妊娠中      |
| _____ 10 頭痛持ち                 | _____ 21 めまい・気絶          | _____ 33 定期的に薬を服用 |
| _____ 11 医師に運動を止められた<br>ことがある | _____ 22 てんかん            | _____ 34 気管支炎     |
|                               | _____ 23 心臓病             | _____ 35 高血圧      |
|                               |                          | _____ 36 その他の疾病疾患 |

### 摘要

---



---



---

胸部レントゲン検査日付 \_\_\_\_\_年 月 日

最近の健康診断日付 \_\_\_\_\_年 月 日

本人署名捺印 \_\_\_\_\_ (印) 日付 \_\_\_\_\_年 月 日

未成年・60歳以上の方は、後見人の署名捺印

ご家族氏名 \_\_\_\_\_ (印) 日付 \_\_\_\_\_年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_歳 性別 男・女 自宅電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_



## 健康診断書

(該当項目を楷書で記入してください)

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 自宅電話番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

ご担当医師殿

本書持参人は水中呼吸器具一式（スクーバ）を用いたダイビングの参加申込人です。ダイビングは当人に対し様々な形で通常とは異なるストレスを加える活動です。したがって、当該申込人の医学上の適正に関する所見をお尋ねいたします。スクーバダイビングは激しい運動を要求しますので、ダイバーには循環器系・呼吸器系の疾患があってはなりません。また、圧平衡を図るためには中耳や副鼻腔が正常に機能することが絶対要件です。申込人の体質が意識喪失の危険性を含むものであれば、ダイビングへの申し込み資格がなくなります。

この健康診断書では所見欄で認可不認可のいずれかを選択してください。ダイビングが申込人本人のためにならないという結論に達した場合には、当人にその旨ご説明ください。

医師の所見（既往症については裏面参照）： \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

この診断書は申込人本人にお渡しください。

- 所見： 1. 認可（ダイビングを行うのに問題となる欠陥なし）
2. 不認可（当該申込人にはダイビング中における健康と安全を損なう危険のある欠陥がある）

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師名 \_\_\_\_\_ ( 印 ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_