



病歴診断書—参加者記録(重要部外秘情報)

海上でのアクティビティ(シュノーケリング/シーカヤック)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、参加者はアクティビティについての身体的な適正を知っておく必要があります。

この病歴質問票は、身体的なトラブルをできるだけ未然に防ぐための開発された質問票です。特に、これからアクティビティガイドを依頼する参加者が行うものです。

以下の質問に対して、「はい」または「いいえ」のどちらかに○を付けてください。もし、確信が持てない、もしくはわからない場合には、「はい」に○を付けてください。「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渡してください。

◆参加者記入欄

氏名				携帯電話		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所						〒

I 現在または過去に、以下の症状がありますか？

- はい・いいえ 偏頭痛(脈を打つような頭痛)をよく起こしますか？または、そのための予防薬を飲むことがありますか？
- はい・いいえ 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り、突然目の前が真っ暗になったなど)を起こしたことがありますか？
- はい・いいえ 最近5年間に、頭をぶつけて意識を失ったことがありますか？
- はい・いいえ てんかん発作やけいれんを起こしたことがありますか？
- はい・いいえ 乗り物酔い(船酔い、波酔い、車酔いなど)をしやすいですか？
- はい・いいえ 高血圧といわれたことがありますか？または、血圧を下げる薬を飲んでいますか？
- はい・いいえ 狭心症や心筋梗塞を起こしたことがありますか？または、心臓や血管の手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 不整脈、胸痛、労作時の息切れなど、発作的に起こる症状や病気がありますか？
- はい・いいえ その他、心臓の病気が何かありますか？
- はい・いいえ 気管支喘息といわれたことがありますか？または、息が「ゼーゼー」「ヒューヒュー」いうことがありますか？
- はい・いいえ 肺気胸を起こしたことがありますか？
- はい・いいえ その他、肺の病気をしたことがありますか？または、咳や痰が出やすいですか？
- はい・いいえ 胸の病気(肺の病気以外)や胸の手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 脱水、または下痢、嘔吐、吐き気をよく起こしますか？
- はい・いいえ 胃や腸に潰瘍ができたことはありますか？または、潰瘍の手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 腸の手術(人工肛門造設なども含む)をしたことがありますか？
- はい・いいえ 首、背中、または四肢にいたみがありますか？または、異常があつて、治療を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 骨折、捻挫、脱臼の経験があり、現在もその後遺症(痛み・関節の不安定感など)が残っていますか？
- はい・いいえ 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)がありますか？または、それらについて手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 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りますか？
- はい・いいえ 精神病、不安障害(パニック発作、閉所/高所恐怖症、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りますか？
- はい・いいえ アレルギー性鼻炎(重度の花粉症を含む)の症状を起こしたことがありますか？
- はい・いいえ 副鼻腔炎(蓄膿症も含む)、気管支炎(急性、慢性、アレルギー性)になりやすいですか？
- はい・いいえ 副鼻腔の手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 耳の病気(外耳炎、中耳炎、鼓膜せん孔など)、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りますか？または、それによる手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 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りますか？
- はい・いいえ ヘルニア(椎間板、鼠径、その他)がありますか？または、それによる手術を受けたことがありますか？
- はい・いいえ 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)、になったことがありますか？
- はい・いいえ 最近5年間に、薬物依存、アルコール依存、麻薬の使用などがありますか？

II 現在、処方薬の服用がありますか？ はい・いいえ

「はい」…(病名 _____ 処方薬名 _____ 服用頻度 _____ 日に _____ 回)

III 過去3ヶ月以内に何らかの医療を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」…(内容 _____)

IV 学校、会社、地域で行われる健康診断(人間ドックを含む)についての質問です。

はい・いいえ 最近1年以内に健康診断を受けていませんか？

はい・いいえ 医師に精密検査を薦められていて、まだ検査を受けていない項目がありますか？

V 女性の方のみの質問です。

はい・いいえ 妊娠している可能性はありますか？または、その予定がありますか？

はい・いいえ 月経前または月経中、特に体調が悪くなりやすいほうですか？

VI 45歳以上の方のみの質問です。

はい・いいえ タバコを吸っていますか？

はい・いいえ 血中コレステロール値が高いですか？

VII アクティビティ参加にあたり、身体のことでは何か心配なことがありますか？ はい・いいえ

「はい」…(内容 _____)

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、この病歴質問票は、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。また、健康状態について明らかにしなかったことによって起こるトラブル、及び本質問票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質問票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。

参加者署名	日付	西暦	年	月	日
(未成年の場合)					
親権者署名	日付	西暦	年	月	日

◆医師記入欄

この病歴質問票を持ってこられた方は、レジャーで海上アクティビティ(シュノーケリング/シーカヤック)を行うことを希望している方です。上記の内容に基づいて、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、上記の「はい」と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、海上アクティビティ(シュノーケリング/シーカヤック)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いただき、必要があれば、所見またはご意見をお書き添えください。

医学的な観点からみた印象

- 海上アクティビティ(シュノーケリング/シーカヤック)に不適合であると考えられるような医学的な障害は見受けられません。
- 海上アクティビティ(シュノーケリング/シーカヤック)をすることは薦められません。

所見/意見 _____

医療施設 _____ 日付 西暦 _____ 年 月 日

住所 〒 _____

医師名 _____ 電話番号 _____