

# マリン体験メディカルチェック

## Total Marine Spot NEWS

- ・参加者氏名 \_\_\_\_\_ ・生年月日 \_\_\_\_\_ ・年齢 \_\_\_\_\_ ・性別 \_\_\_\_\_
- ・現住所 \_\_\_\_\_
- ・電話番号 \_\_\_\_\_

### あなたの現在の健康状態と病歴について

該当する項目がございましたらチェックをしてインストラクターにご相談して下さい。

- 今日風邪を引いており、鼻・耳に詰まった感覚がある
- 喘息（ぜんそく）である
- 不整脈等の心臓疾患にかかったことがある
- 高血圧である
- てんかん・発作・痙攣を起こす。または意識喪失や気絶したことがある。
- 一年以内に大きな病気や怪我をし、手術を受けた
- 結核・肺炎・自然気胸等の呼吸器系の病気にかかったことがある
- 耳の病気・視覚障害・平衡感覚障害になった事がある
- 耳または副鼻腔の手術を受けたことがある
- 現在病院に通院中である

### 医師記入欄

上記のお客様は(シュノーケル・体験ダイビング)にご参加希望しております。この書類は参加申込者の体調が(シュノーケル・体験ダイビング)に適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

### 医師による診断

- (シュノーケル・体験ダイビング)に不適格であると考えられるような、医学的な傷害は見受けられません。
- (シュノーケル・体験ダイビング)をすることは薦められません。

所見

---

---

---

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 診療所/病院名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_