

マリン体験メディカルチェック

病歴 該当する項目にチェックをしてください。該当がない方は、どれにも該当なしにチェックをしてください。

- ☐ 下記、どれにも該当しません。
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 耳または副鼻腔の手術を受けたことがある
- ☐ 耳の病気・視覚障害・平衡感覚障害になった事がある
- ☐ 首,背中,腰,四肢に異常があり、治療を受けたことがある
- ☐ 現在病院に通院中または、薬を服用中である
- ☐ 高所恐怖症である、精神的・神経系の病気、パニック発作になったことがある

参加者情報 枠内を記入してください。

参加者氏名				参加者連絡先		
生年月日	年	月	日	年齢	保護者署名 (未成年の場合)	
参加者住所						

医師記入欄

上記のお客様は、海で行われるアクティビティ（シュノーケリング・体験ダイビング・バナナボートなどのマリンスポーツ・パラセーリング）に参加を希望しています。この書類は、参加申込者の体調が海で行われるアクティビティ（シュノーケリング・体験ダイビング・バナナボートなどのマリンスポーツ・パラセーリング）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

- ☐ 参加することに同意します。
シュノーケリング・体験ダイビング・バナナボートなどのマリンスポーツ・パラセーリングに不適格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。
- ☐ 参加することに同意しません。
シュノーケリング・体験ダイビング・バナナボートなどのマリンスポーツ・パラセーリングに適さないと考えられる状態にありました。

所見

医師の署名	日付	年	月	日
医師名	印	診療所/病院名	印	
電話	住所			