

マリン体験学習メディカルチェック

【学校名】		性別 男 ・ 女	
フリガナ		年	組 番
【参加者氏名】		【生年月日】	
		平成	年 月 日
【参加者住所】	都 道 府 県	市 区 町 村	
【緊急連絡先番号】	【緊急連絡先氏名】		【続柄】

病歴確認

該当する項目にチェック☑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） ☐不整脈 ☐心臓疾患 ☐高血圧 ☐てんかん ☐結核 ☐肺炎

☐自然気胸等の呼吸器系の病気 ☐耳または副鼻腔の病気 ☐視覚障害・平衡感覚障害

☐首,背中,腰,四肢の病気 ☐高所・閉所恐怖症 ☐精神系・神経系の病気 ☐パニック発作

☐ その他、一年以内に大きな病気や怪我をし、手術を受けた（病名： ）

病歴にチェックのある方は下記内容の記入をお願いします。※2 つ以上ある場合は余白に記入してください。

【病名】

【発病時期】 年 月 日 【現在の投薬】 有 ・ 無 【現在の通院】 有 ・ 無

醫師記入欄

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）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）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
----	----