

マリン体験学習メディカルチェック

【学校名】	性別		
	年	組	番
フリガナ	男	・	女
【参加者氏名】	【生年月日】		
	平成	年	月 日
【参加者住所】 都道府県	市 町	区 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

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）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 _____