

# アースシップ沖縄 シュノーケル 病歴／医師診断書

以下の病歴の有無をご確認ください。右の「はい」または「いいえ」でお答えください。

現在妊娠している。もしくはその可能性がある。	はい いいえ
過去1年以内にぜんそくの症状が出たことがある。または喘息の薬を服用している。	はい いいえ
てんかん、発作、けいれんを起こす。または起こしたことがある。 抑えるための薬を服用している。	はい いいえ
糖尿病である。またはなったことがある。	はい いいえ
高血圧症である。または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している。 またはしていた。	はい いいえ
何らかの心臓疾患や発作を起こしたことが過去にある。(心筋梗塞や狭心症など)	はい いいえ
血液・血管の病気がある。またはなったことがある。(脳梗塞や出血障害など)	はい いいえ
耳の病気がある(メニエール病や中耳炎など)	はい いいえ
行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある。	はい いいえ
乗り物酔いがある。	はい いいえ
45歳以上の方でコレステロール値レベルが高い。	はい いいえ
現在、病院に通院している。	はい いいえ
現在・過去ともに、医師により運動や生活に制限を受けたことがある。	はい いいえ
本日アルコールを摂取した。	はい いいえ

私の病歴について、上記の情報は、私の知る限り間違いありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、  
記入漏れの事項に関する責任を負うことに同意します。

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

参加者署名： \_\_\_\_\_

※ツアー参加当日、担当ガイドに記入済みのこちらの用紙をお渡ください。  
※ご持参いただけない場合、シュノーケルにはご参加いただけませんので、予めご了承ください。

参加者記入欄	
氏名：	
生年月日：	_____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 歳)
連絡先：	
住所：	
緊急連絡先：	(続柄 _____)

## 医師記入欄

上記の人はシュノーケルに参加を申し込んでいます。この書類は参加者の体調がシュノーケルに適した健康状態であるかをお尋ねするものです。

シュノーケルは海洋での開催になります。その時のコンディションによっては、激しい活動になる場合があります。陸上に戻るまでに時間がかかる場合もあります。また、近くに医療施設が無い場所での開催になる場合もあります。

## 医師による診断

- シュノーケルに不適合であると考えられるような、医学的障害は見受けられません。
- シュノーケルをすることはすすめられません。

所見：     
-------------------------

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師名： \_\_\_\_\_ 印

病院名： \_\_\_\_\_ 印

電話： \_\_\_\_\_