



UNDERSEA &
HYPERBARIC
MEDICAL SOCIETY



ダイバーメディカル・参加者チェックシート

医師の診断は必要とされる参加者にお渡しするチェックおよび評価シートです。トレーニングレコードと同じように必要事項を記入し医師にお渡しください。

1.	これまでに、通常の肉体的あるいは精神的能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい A 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
2.	45 歳を超えています。	<input type="checkbox"/> はい B 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
3.	中程度の運動（例えば、1.6km を 14 分で歩く、あるいは、200m を止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または、過去 12 ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4.	目、耳、または、鼻腔 / 副鼻腔に問題があったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい C 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
5.	12 ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6.	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい D 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
7.	現在、精神的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中（あるいは、過去 5 年以内に治療が必要でした）。または、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	<input type="checkbox"/> はい E 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
8.	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい F 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
9.	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい G 欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ
10.	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（リアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

ダイバーメディカル・健康診断医師による評価シート

ふりがな
参加者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者は、レクリエーションダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、uhms.org をご確認ください。評価中に依頼人に関する（ページの質問に「はい」と回答した）部分についてご確認ください。

評価結果

- 参加することに同意します - レクリエーションスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーションスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師の署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____ 資格 _____

クリニック / 病院 _____

住所 _____

電話 _____ メール _____

医師 / クリニックのスタンプ（任意）

作成：Diver Medical Screen Committee
提携・協力団体：
The Undersea & Hyperbaric Medical Society DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

ダイバーメディカル・参加者チェックシート（つづき）

参加者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

A 欄 – 私は現在以下の状態です / 過去に以下の状態でした :		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器（例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置）、気胸または慢性肺疾患。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去 12 ヶ月以内にあり、身体活動 / 運動に制限が生じました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
心臓に関する問題、あるいは、病気。例えば：狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 30 日以内に、肉体的あるいは精神的な能力を損なう、肺や呼吸、心臓、血液に関する症状。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

B 欄 – 私は 45 歳を超えており、かつ、以下です :		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
コレステロール値が高いです。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
高血圧です。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
50 歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50 歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます（不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む）。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

C 欄 – 私は現在以下の状態です / 過去に以下の状態でした :		
過去 6 ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくは平衡感覚に問題があります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 3 ヶ月以内に眼の手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

D 欄 – 私は現在以下の状態です / 過去に以下の状態でした :		
過去 5 年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
持続性の神経傷害または疾病があります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 5 年以内に意識消失あるいは失神した（気をうしなったり、うしないようになった）ことがあります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
てんかん、発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

E 欄 – 私は現在以下の状態です / 過去に以下の状態でした :		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害（躁うつ病）があります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在継続して治療や特別な対処が必要な精神状態、あるいは、学習 / 発達障害と診断されています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 5 年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

F 欄 – 私は現在以下の状態です / 過去に以下の状態でした :		
過去 6 ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に、薬あるいは食事制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠性糖尿病になりました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去 6 ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

G 欄 – 私は過去に以下の状態でした :		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 7 日以内に、医療的処置が必要な脱水状態になったことがあります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去 6 ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、胃食道逆流症（GERD）がありました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去 12 ヶ月以内に肥満手術を受けました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ