

マリンコース参加のためのメディカルチェック



(申請者記入)

ふりがな		性	別
氏名		男	女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
現住所			
TEL ()			

医師の所見・医学的観点からみた印象

(マリンコース参加にあたり指摘すべきことがあれば記入)

※ あなたの現在の健康状態と過去の病歴について、項目を選んで下さい。

- | | | |
|--|-----|----|
| 1 現在、妊娠している、もしくはその可能性がある。 | Yes | No |
| 2 現在、処方箋による投薬による受けている。
(避妊薬、マラリア予防薬は除く) | Yes | No |
| 3 てんかん、発作、けいれんをおこす。または、意識喪失や気絶したことがある。 | Yes | No |
| 4 糖尿病である。またはなったことがある。 | Yes | No |
| 5 心臓疾患にかかっている、または患っていた。 | Yes | No |
| 6 心臓発作をおきる、またはおきたことがある。 | Yes | No |
| 7 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けたことがある。 | Yes | No |
| 8 喘息、呼吸時の喘息、または運動時に喘息がおきる。またはおきたことがある。 | Yes | No |
| 9 その他の肺の病気がある、またはなったことがある。もしくは肺の手術を受けたことがある。 | Yes | No |
| 10 高血圧である、または血圧をコントロールする薬を服用していた。 | Yes | No |
| 11 閉所恐怖症、あるいは高所恐怖症である。 | Yes | No |
| 12 腰、腕、脚の外科手術、外相や骨折等で通院中である、または後遺症がある。 | Yes | No |

マリンコース(シュノーケル、体験ダイビング、パラセーリング等)へ参加する上で支障をきたす可能性がある病気は見あたりません。

年 月 日

医師の氏名
医療機関の名称
及び所在地

