

▼ 自己診断チェックリスト ▼

体調が重要視されます。事前に病歴及び体調をお尋ね致します。
呼吸器系、循環器系の疾病をお持ちの方はご参加いただけませんのでご了承下さい。
また、未成年者の場合は親権者の署名が必要になります。

下記診断表(当日申込書に書いていただく内容と同じものです)で自己チェックしてみてください。

| | |
|-----------|---|
| Yes or No | 現在、中耳炎、外耳炎にかかっていますか？ |
| Yes or No | 今までに耳の病気をしたことがありますか？また、難聴や身体のバランスがとれないといった障害(めまいやふらつき)になったことがありますか？ |
| Yes or No | 耳や副鼻腔の手術を受けたことがありますか？ |
| Yes or No | 現在、風邪をひいていたり、鼻づまりがあったり、副鼻腔炎や気管支炎にかかっていますか？ |
| Yes or No | 今までに呼吸器系の病気、重度の花粉症やアレルギー、肺の病気にかかったことがありますか？ |
| Yes or No | 今までに気胸になったことがありますか？また、胸部の手術を受けたことがありますか？ |
| Yes or No | 現在、活動性の喘息がありますか？また、肺気腫や結核になったことがありますか？ |
| Yes or No | 普段の行動に影響を与えるような健康上や精神上の問題がありますか？ |
| Yes or No | 現在、運動能力や精神面に影響が起り得る薬を服用していますか？ |
| Yes or No | 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がありますか？ |
| Yes or No | 結腸(大腸)切除の手術を受けたことがありますか？ |
| Yes or No | 心臓病や心臓発作の病歴がありますか？また心臓や血管系の手術をしたことがありますか？ |
| Yes or No | 今までに高血圧症または狭心症になったことがありますか？また、現在血圧の治療薬を服用していますか？ |
| Yes or No | 45歳以上の方にお聞きします。家系に心臓病や心臓発作の病歴を持つ方がいらっしゃいますか？ |
| Yes or No | 出血が止まりにくい病気、あるいは他の血液病の病歴がありますか？ |
| Yes or No | 糖尿病ですか？ |
| Yes or No | 気を失うことがあったり、けいれんやてんかんの病歴がありますか？ |
| Yes or No | ケガ、骨折、手術などで、現在でも背中、腕や足に後遺症が残っていますか？ |
| Yes or No | 閉所恐怖症、開所恐怖症の病歴や、パニック発作になったことがありますか？ |

すべてNoならば問題無くご参加頂けます。
もし、Yesがある場合は、**医師の診断書が必要になる場合**や**ご参加頂けない**こともございます。

ご不明な点等ございましたら遠慮なくご連絡下さい。担当インストラクターが納得いくまでご相談にのります。安全で楽しいダイビングライフを楽しみましょう！

ダイビングサービス大城

〒907-0013 石垣市浜崎町2-6-39-102 Tel:0980-88-5585 Fax:0980-88-5616 Mail:info@o-shiro.jp