



## 健康診断書

(該当項目を楷書で記入してください)

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 自宅電話番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

ご担当医師殿

本書持参人は水中呼吸器具一式（スクーバ）を用いたダイビングの参加申込人です。ダイビングは当人に対し様々な形で通常とは異なるストレスを加える活動です。したがって、当該申込人の医学上の適正に関する所見をお尋ねいたします。スクーバダイビングは激しい運動を要求しますので、ダイバーには循環器系・呼吸器系の疾患があってはなりません。また、圧平衡を図るためには中耳や副鼻腔が正常に機能することが絶対要件です。申込人の体質が意識喪失の危険性を含むものであれば、ダイビングへの申し込み資格がなくなります。

この健康診断書では所見欄で認可不認可のいずれかを選択してください。ダイビングが申込人本人のためにならないという結論に達した場合には、当人にその旨ご説明ください。

医師の所見（既往症については裏面参照）： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

この診断書は申込人本人にお渡しください。

- 所見： 1. 認可（ダイビングを行うのに問題となる欠陥なし）
2. 不認可（当該申込人にはダイビング中における健康と安全を損なう危険のある欠陥がある）

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師名 \_\_\_\_\_ ( 印 )

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( )