



# HSA インターナショナル

## 健康診断書

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

名                      ミドル                      姓                      月                      日                      年

住所 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

国 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ E メール \_\_\_\_\_

HSA インストラクター \_\_\_\_\_ HSA 会員番号 \_\_\_\_\_

### 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トレーニング参加申込人です。

このトレーニングは人に対しいろいろな形で通常とは異なるストレスを加える活動です。従って、当該申込人の医学上の適正に関する所見をお尋ねします。スクーバダイビングは激しい運動を要求しますから、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、トレーニングへの申し込む資格をなくなります。

この健康診断書では所見書でにんか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： \_\_\_\_\_

所見： 1. 認可（ダイビングを行うのに問題となる欠論なし）

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）

医師氏名 \_\_\_\_\_ 健康診断実施日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号/e メール \_\_\_\_\_

