

受講者

(楷書で記入してください)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年令 _____ 才

住所 _____

電話番号 (自宅) _____ (勤務先) _____

FAX () _____ (携帯電話) _____

今回の診断専門医

病院・医院名 _____ 医師氏名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

最後の健康診断記録

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院・医院名 _____ 医師氏名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

過去にスクーバダイビングをするための健康診断を要求されたことがありますか。 はい いいえ はいの場合 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医

上記の方はスクーバ(自給式水中呼吸装置)を使用したダイビングの参加希望者です。スクーバダイビングのための参加希望者の健康診断をお願いします。レクリエーショナルダイバーの健康診断ガイドラインを十分にお読みください。

担当医の印象：

- ダイビングに適さないと思われる障害は見当たりません
- ダイビングをするには明らかに異常をきたすと思われる障害があります

所見 _____

私はレクリエーショナルダイバーの健康診断ガイドラインを読み理解しました。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院・医院名 _____ 医師署名 _____

住所 _____ 電話番号 _____