

※ダイビングメニューにお申し込みの前に必ずご確認ください

以下の項目はダイビングを楽しんでいただくにあたり、安全性に影響を及ぼす恐れがある既往症などがどうかを確認するためのものです。該当する項目がある場合、直ちにダイビングにご参加いただけないというわけではありません。医師による検診を受け参加に対する助言があればご参加いただける場合もあり、その場合は診断書の提出が必要になります。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠していますか。もしくはその疑いがありますか | <input type="checkbox"/> よく乗り物酔い(自動車、船など)に悩まされる |
| <input type="checkbox"/> 処方箋を使用した、または使用しない治療を定期的に受けている(避妊は除く) | <input type="checkbox"/> ダイビング障害や減圧症にかかった |
| <input type="checkbox"/> 45歳以上で、かつまた次の項目に1つ以上当てはまる | <input type="checkbox"/> 軽い運動ができない(例:12分以内に約1600mの歩行) |
| <input type="checkbox"/> ・現在、煙草を吸っている | <input type="checkbox"/> 慢性の腰痛がある |
| <input type="checkbox"/> ・コレステロール値が高い | <input type="checkbox"/> 腰部または脊椎を手術した |
| <input type="checkbox"/> ・家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある | <input type="checkbox"/> 糖尿病の病歴がある |
| <input type="checkbox"/> ・現在治療中の疾病、病気がある | <input type="checkbox"/> 手術、ケガ、骨折の後に腰部、腕、脚の障害がある |
| <input type="checkbox"/> ・高血圧 | <input type="checkbox"/> 5年以内に頭部損傷による意識の喪失がある |
| <input type="checkbox"/> ・糖尿病、または病歴がある | <input type="checkbox"/> 何らかの心臓疾患の病歴がある |
| <input type="checkbox"/> 以下の病歴がありますか、もしくは現在その症状にありますか。 | <input type="checkbox"/> 心臓発作を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> ぜんそくがある、または息がぜいぜいする、または運動すると息が切れる | <input type="checkbox"/> 狭心症、または心臓血管の手術をした |
| <input type="checkbox"/> 花粉症またはアレルギーの発作にたびたび襲われる | <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術をした |
| <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎、気管支炎にかかりやすい | <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴、平衡感の障害にかかったことがある |
| <input type="checkbox"/> 何らかの肺疾患がある | <input type="checkbox"/> 航空機や登山で、耳の圧平衡(耳抜き)に問題がある |
| <input type="checkbox"/> 気胸である | <input type="checkbox"/> 重傷や不整脈になったことがある |
| <input type="checkbox"/> 胸部の手術をした | <input type="checkbox"/> 何らかのヘルニアの病歴がある |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症または広場恐怖症(閉じられた空間または広い空間への恐怖) | <input type="checkbox"/> 潰瘍の病歴または手術歴がある |
| <input type="checkbox"/> 体の一部または全部に麻痺がある | <input type="checkbox"/> 結腸切開手術を受けた、または人工肛門の形成がある |
| <input type="checkbox"/> てんかん、各種の発作、けいれんを起こした。またはその予防治療を行った | <input type="checkbox"/> 5年以内に薬物またはアルコール依存の治療をしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 偏頭痛によく襲われる。またはその予防治療を行った | |
| <input type="checkbox"/> 失神や意識が薄れたことがある(意識の全面的/部分的な喪失) | |

上記の病歴に該当する場合、ダイビングにご参加いただけるかどうかの医学的な判断は専門の医師による検診をお受けいただく事になります。

検診についてのお相談などは当店インストラクターまでご連絡ください。

■ クオリアダイブ ■ 電話:098-926-3911 メール:okinawa@qualiadive.com