

参加者記入欄

楷書で記入してください

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

住所 _____

自宅電話 _____ 勤務先電話 _____

Eメール _____ FAX _____

あなたのホーム・ドクターあるいは主治医の住所と氏名

医師名 _____ 診療所 / 病院名 _____

住所 _____

電話 _____

最後に受けた健康診断の日付 _____

診断した医師 _____ 診断書 / 病院名 _____

住所 _____

電話 _____ Eメール _____

ダイビングのための健康診断を受けたことがありますか？ YES NO YESであればいつ？ _____

医師記入欄

上記の人はスクーバ（圧縮空気呼吸装置）によるダイビング・トレーニングに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がスクーバ・ダイビングに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師による診断

ダイビングに不適格であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。

ダイビングをすることはすすめられません。

所見 _____

日付 _____

医師あるいは医師の法定代理人の署名

年 / 月 / 日

医師名 _____ 診療所 / 病院名 _____

電話 _____ Eメール _____