HSA インターナショナル

既往歴告知書

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

病歴の質問

以下の質問の目的は、ダイバートレーニングコースに参加する前に医師による診断が必要かどうか判断するためのものです。異常あるいは問題点がある場合には医師と相談して下さい。
下記の項目に該当する場合は空欄にチェック印をいれて下さい。

_____処方薬を服用していますか。
_____現在治療中ですか。
_____妊娠中、その可能性はありますか。
_____現在、タバコを吸っていますか。
_____高コレステロールですか。
_____喘息、または、運動するとゼイゼイしますか
_____発作障害、てんかん、あるいは、痙攣ですか。
_____よく風邪をひく、副鼻腔炎、気管支炎ですか。
_____ひどい花粉症やアレルギーですか。
_____気胸、肺虚脱ですか。
_____肺疾患ですか。
_____胸の病気あるいは胸部手術を受けましたか。
_____意識喪失あるいは失神がありますか。
_____糖尿病ですか。食事療法で抑えているを含む。
_____耳や副鼻腔がよくトラブルになりますか。
_____服鼻腔の手術をしましたか。
_____耳の手術、聴覚障害または平衡感覚障害ですか。
_____よく頭痛や偏頭痛がありますか。
_____減圧症や潜水事故の経験がありますか。

腹部レントゲン検査日付　　年　　月　　日

_____ヘルニアですか。
_____行動の、精神、心理的異常(不安感に襲われる閉所/空間恐怖）はありますか。
_____心臓疾患はありますか。
_____狭心症、血管手術を受けましたか。
_____家族に心臓発作や脳卒中の既往がありますか。
_____高血圧ですか。
_____高血圧の薬を服用していますか。
_____出血や他の血液疾患はありますか。
_____潰瘍または潰瘍の手術をしましたか。
_____よく腰痛になりますか。
_____背部または脊椎手術を受けましたか。
_____乗り物酔いによくなりますか。
_____頭の傷害で意識消失になったことがありますか。
_____過去5年以内に薬物やアルコールの治療を受けましたか。
_____気管切開を受けましたか。
_____人工肛門あるいはフィステル形成術を受けましたか。
_____赤痢や脱水状態で医療を受けましたか。

最近の健康診断日付　　年　　月　　日

私の現在および既往の健康状態について開示しなかった遺漏に関する責任を引き受けることに私は同意いたします。

参加者氏名　　日付　　親または保護者の署名　　日付