

フリーダイビング用診断書

選手氏名: _____ 生年月日: _____ 年齢: _____ 性別: 男 女

住 所: _____

主訴・通院理由 (通院している場合): _____

既往歴: _____

家族歴: _____

飲酒: _____ 喫煙: _____

アレルギー: _____

服用中の薬 (有の場合フリーダイビングを行うに際し影響 有 無): _____

現在の体調: _____

血圧 _____ 脈拍 _____ 呼吸数 _____ 体温 _____ 身長 _____ 体重 _____

	正 常	異 常	所 見
一般状態			
精神状態			
頭・眼・耳・鼻・喉			
首			
胸部			
心臓			
血管			
腹部			
四肢			
関節系			
神経系			

その他の所見: _____

検 査 (必要な場合のみ):

全血球検査 _____ 胸部X線 _____ 心電図 _____

尿検査 _____ 副鼻腔写真 _____ 負荷試験(心電図) _____

肝機能 _____ 骨と関節 _____ 肺機能 _____

糖尿病 _____ 脳スキャン _____ 聴力検査 _____ 目 _____

_____ オージオグラム _____

_____ 脳波 _____

その他の検査: _____

総合判定: _____ 記入年月日: _____

病院名:

上記の者はフリーダイビングを行うに際し問題

住 所:

無 ・ 有 と認めます

医師名:

印