

**VALID in JAPAN ONLY** - 海外での大会・練習参加選手は、英語の診断書を準備してください。  
(If you join freediving activities in both Japan and abroad, please prepare English version.)

日本フリーダイビング協会  
フリーダイビング健康診断書



選手名 (漢字) \_\_\_\_\_ (ローマ字) \_\_\_\_\_

**\*\*重要 - 選手は記入前に全ての項目を必ず読み、理解すること。\*\***

フリーダイビングは、水中という厳しい環境で行われる競技です。その為、あなたの身体状況により、怪我や臓器損傷等の危険が増す可能性があります。他の激しいスポーツ等で認められる身体的状況であっても、フリーダイビングにおいては、安全であるという保証にはなりません。AIDA (国際フリーダイビング協会) は、そのような状況を理解した上で活動に参加してもらう為、下記質問項目を設定しました。フリーダイビング活動に参加するにあたり、身体状況についての自己申告に偽りがあった場合、あなた自身、またセーフティ等フリーダイビング活動に関わる人たちを危険にさらす可能性があることを理解して記入してください。この診断書は、AIDAインターナショナル競技規則 3.1.8に則り作成され、AIDA公式大会参加時の提出が義務付けられています。医師の証明印、連絡先、診断書発行日を記載してください。診断書の有効期限は発行日より1年以内です。

既往歴、過去及び現在の身体状況等をYes/No欄にチェックしてください。不明な場合は、Yesにチェックをしてください。

YES NO

		YES	NO
1	<b>脳神経系疾患:</b> 発作性疾患、脳卒中、脳手術歴、失神や意識喪失の発作、重度の片頭痛、または脳血管の動脈瘤等の経験がある。		
2	<b>心臓系疾患:</b> 心臓発作、心臓手術歴、不整脈、高血圧等の経験がある。		
3	<b>呼吸器系疾患:</b> 自然気胸、怪我による気胸、嚢胞やエアポケット等による肺組織への損傷、肺気腫、著しい肺スクイズ (ピンクの泡または血液等の症状を伴うような重大なもの) 等の経験がある。		
4	<b>耳管系疾患:</b> 治癒しない鼓膜穿孔、鼓膜破損、中耳腔換気用チューブ治療、重度聴覚障害 (片耳または両耳)、手術等による難聴障害者等の経験がある。		
5	<b>副鼻腔系疾患:</b> 腫瘍、ポリープ、または副鼻腔や耳管、副鼻腔手術、および持続性の副鼻腔感染症の経験等がある。		
6	<b>喘息:</b> 喘息、または運動や不安、その他風邪、疲労等によって起こる喘息発作および笛を鳴らすような呼吸音、吸入器の使用、その他の薬物療法の経験等がある。		
7	<b>糖尿病:</b> I型糖尿病 (インスリン依存性)、症状をコントロールするためのインスリンまたは経口薬を必要とするII型糖尿病、低血糖反応、高血糖反応、また糖尿病に起因する腎疾患、眼疾患、心臓病や血管の病気の経験がある。		
8	<b>妊娠:</b> 現在妊娠している、妊娠予定がある。		
9	<b>フリーダイビング/スクーバダイビング:</b> ダイビングによる事故、減圧症、または減圧による内耳の損傷等の経験がある。		
10	<b>薬物療法:</b> 現在、医師の処方または市販薬等での継続的な薬物療法をしている。		
11	<b>その他の医学的所見:</b> 水中環境での安全管理や判断に影響を及ぼす、身体的または感情的な問題やストレスがある。		

ひとつでもYesの回答があった場合、下記に詳細に記載してください。

(18歳以下の場合)保護責任者署名 (自署): \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

選手署名 (自署): \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

**VALID in JAPAN ONLY** - 海外での大会・練習参加選手は、英語の診断書を準備してください。  
(If you join freediving activities in both Japan and abroad, please prepare English version.)



**医師による診断：**

選手名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 血圧： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 脈拍数： \_\_\_\_\_ 呼吸数： \_\_\_\_\_ 酸素飽和度 (%)： \_\_\_\_\_ %

	Normal	Abnormal	所見：
一般的外観：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
頭部・眼球・耳鼻咽喉：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
肺：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
心臓・脈拍：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
腹部：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
四肢：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
神経：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

フリーダイビング活動参加を許可する。

下記追加項目の検査後、フリーダイビング活動参加を許可する。（要診断書添付）： \_\_\_\_\_

下記理由により、フリーダイビング活動に参加することを許可できない。： \_\_\_\_\_

その他追記項目： \_\_\_\_\_

上記診断に相違ないことを署名します。

西暦            年        月        日

医師署名（自署の場合は捺印不要）： \_\_\_\_\_ 

病院名：

住所：