

Health Form for Scuba (page 1 of 4)

スキューバ・ダイビング用健康証明書(英語記入)



締切: 調査開始2ヶ月前

To the volunteer: ボランティアの皆様へ

スキューバ・ダイビングは特有の危険を伴う身体的に要求度の高い活動です。ダイビングを行う予定がある場合は、健康状態を良好に保ち、(望ましくはダイビングに詳しい)医師の健康診断を受けなければなりません。そして調査に参加できる状態であるか判断できる適切な医学的助言を受けてください。ここに開示した情報は参加承認の確認時と、体に万が一のことが起きた緊急時に使用されます。症状が正確に記入されていないとご自身や他の参加者に迷惑を及ぼす恐れがあります。また、症状の誤記入あるいは内容の不足があった場合には調査から強制退去していただくこともありますので、ご注意ください。

Diving is a physically demanding activity with inherent risks. If you intend to dive, you must be in good physical condition and have undergone a recent physical examination by a physician (preferably by one familiar with diving). You are responsible for seeking appropriate medical advice to determine your ability to participate in this expedition. The information you provided on this form will be used for screening purposes and in the event of a medical emergency. Failure to disclose a medical condition may endanger you and other members of your project team. Earthwatch Institute reserves the right to remove you from a project or team for not disclosing the existence of or extent of a medical condition.

Expedition details: 調査について

Expedition Name 調査名		Team Start Date (dd month yyyy)	
Country 国名		開催日(日/月/年)	

Personal details: 参加者について

First Name 名		Family Name 姓	
Home Address 住所			
Date of Birth 生年月日(日/月/年)			
Present Health 現在の健康状態(概要)			
List All Allergies アレルギー(薬物、虫)			
Current Medication 現在の服用薬		<input type="checkbox"/> Regular Use(常用)	<input type="checkbox"/> Occasional Use(必要時)
		<input type="checkbox"/> Regular Use(常用)	<input type="checkbox"/> Occasional Use(必要時)
		<input type="checkbox"/> Regular Use(常用)	<input type="checkbox"/> Occasional Use(必要時)
Height 身長	cm	Weight 体重	kg

Examining physician details: 担当医について

Examining Physician Name & Medical Speciality: 担当医名と担当科		Exam Date: 診察日 (dd month yyyy)	
Examining Facility 医療機関名、住所、電話			
Length of time you have known the patient: どれくらいの期間この患者を診ていますか			

Past / Current Medical History: 既往症

Health Form for Scuba (page 2 of 4)

スキューバ・ダイビング用健康証明書(英語記入)

Have you ever had any of the following conditions? Please check all that apply and use the space provided on the next page to provide additional details. 下記の症状のある方は該当するものにチェックして余白にその症状を記入してください。

<input type="checkbox"/> Household contact with anyone with tuberculosis (家族で結核にかかった人がいる)	<input type="checkbox"/> Shortness of breath (息切れ)	<input type="checkbox"/> Bone, joint or other deformity (骨や関節等の奇形)
<input type="checkbox"/> Tuberculosis or positive TB test (結核またはツベルクリン反応陽性)	<input type="checkbox"/> Pain or pressure in chest (胸部の痛みや圧迫感)	<input type="checkbox"/> Loss of finger or toe (手足の指損失)
<input type="checkbox"/> Blood in sputum or when coughing (痰や咳に血が混じる)	<input type="checkbox"/> Chronic cough (慢性のせき)	<input type="checkbox"/> Painful or "trick" shoulder or elbow (肩・肘の痛みや特異な癖)
<input type="checkbox"/> Excessive bleeding after injury or dental work (怪我や歯の治療で多量の血が出る)	<input type="checkbox"/> Palpitation or pounding heart (動悸や胸心臓の拍動)	<input type="checkbox"/> Recurrent back pain or any back injury (再発性腰痛又は傷害)
<input type="checkbox"/> Wear corrective lenses (コンタクトレンズをつけている)	<input type="checkbox"/> Heart trouble (心臓疾患)	<input type="checkbox"/> "Trick" or locked knee (ひざの特異な癖や硬直)
<input type="checkbox"/> Lack vision in either eye (片目が見えない)	<input type="checkbox"/> High or low blood pressure (高血圧又は低血圧)	<input type="checkbox"/> Foot trouble (足の障害)
<input type="checkbox"/> Wear a hearing aid (補聴器をつけている)	<input type="checkbox"/> Cramps in legs (足のつり)	<input type="checkbox"/> Nerve injury (神経障害)
<input type="checkbox"/> Recurrent ear infections (再発性耳疾患)	<input type="checkbox"/> Frequent indigestion (頻発性の消化不良)	<input type="checkbox"/> Paralysis including infantile ((含む小児)麻痺)
<input type="checkbox"/> Wear a brace or back support (ギブスやコルセットをつけている)	<input type="checkbox"/> Stomach, liver or intestinal (胃炎、肝炎、腸炎)	<input type="checkbox"/> Epilepsy or seizure (てんかん又は発作)
<input type="checkbox"/> Chronic or frequent colds (慢性又は頻発性の風邪)	<input type="checkbox"/> Gall bladder trouble (胆嚢疾患)	<input type="checkbox"/> Car, train, sea or air sickness (車や船酔い)
<input type="checkbox"/> Rheumatic fever (リュウマチ熱)	<input type="checkbox"/> Jaundice or hepatitis (黄疸又は肝炎)	<input type="checkbox"/> Frequent trouble sleeping (頻繁な睡眠障害)
<input type="checkbox"/> Swollen or painful joints (関節の腫れ又は痛み)	<input type="checkbox"/> Broken bones (骨折)	<input type="checkbox"/> Plate, pin or rod in any bone (板、ピンなどを骨に挿入している)
<input type="checkbox"/> Scarlet Fever (猩紅熱)	<input type="checkbox"/> Adverse reaction to medicine (薬物副作用)	<input type="checkbox"/> Loss of memory or amnesia (記憶喪失又は健忘症)
<input type="checkbox"/> Arthritis, Rheumatism, or Bursitis (関節炎、リュウマチ、滑液包炎)	<input type="checkbox"/> Skin diseases (皮膚病)	<input type="checkbox"/> Nervous trouble or any sort (神経症など)
<input type="checkbox"/> Severe tooth or gum trouble (重い歯周病)	<input type="checkbox"/> Tumor, growth, cyst, cancer (腫瘍、癌)	<input type="checkbox"/> X-ray or other radiation therapy (X線など放射線治療)
<input type="checkbox"/> Sinusitis (副鼻腔炎)	<input type="checkbox"/> Hernia (ヘルニア)	<input type="checkbox"/> Chemotherapy (化学療法)
<input type="checkbox"/> Hay fever or allergic rhinitis (花粉症又は鼻炎)	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids or rectal disease (痔又は直腸疾患)	<input type="checkbox"/> Been told to cut down or criticized for alcohol use (アルコールの摂取制限)
<input type="checkbox"/> Head injury (頭部外傷)	<input type="checkbox"/> Frequent or painful urination (頻発性又は痛みをとまなう排尿障害)	<input type="checkbox"/> depression or excessive worry (うつ病)
<input type="checkbox"/> Asthma (喘息)	<input type="checkbox"/> Kidney stone or blood in urine (腎臓結石又は血尿)	<input type="checkbox"/> Easy fatigability (倦怠感)
<input type="checkbox"/> Used tobacco (喫煙歴)	<input type="checkbox"/> Sugar or albumin in urine (糖尿又はアルブミン尿)	<input type="checkbox"/> Used illegal substances (非法薬物摂取)
<input type="checkbox"/> Eating disorder (anorexia, bulimia, etc) (摂食障害、拒食や過食)	<input type="checkbox"/> Thyroid trouble or goiter (甲状腺機能不全、甲状腺腫)	<input type="checkbox"/> Dizziness/ fainting spells (めまい、失神)

Health Form for Scuba (page 3 of 4)

スキューバ・ダイビング用健康証明書(英語記入)

Please give details/explanation to all items marked "yes" on reverse side:
 該当するすべての項目について、詳細説明を医師所見の欄に記入してください。
 (以下余白)

Vaccinations: 予防接種について

調査地までに訪れる国で現在入国に際して推奨されている予防接種の情報を可能な限り参照し、処方どおりにそれらを接種するのは参加者の責任です。

You are responsible for consulting the best available information sources on the vaccinations presently recommended for people traveling to the countries on your itinerary, and to have them administered according to the prescribed time-table.

List All Vaccinations received & date administered (受けた予防接種と日付をすべて記入してください)			
Name	Date	Name	Date

Current level of physical activity(現在の体力維持運動状況)

Activity Type 運動の種類	Frequency 頻度	Time / distance 時間/距離	Relaxed 軽く	Moderate 適度に	Intense 極度に
Walking			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Running			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Swimming			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (specify)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (specify)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stamina(スタミナ)	Easily 簡単に	With some difficulty なんとか	Not at all できない
Before tiring I can walk 1 mile / 1.6 km (1.6 キロ歩ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Before tiring I can walk 5 miles / 8 km (8 キロ歩ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I can hike 3 hours over rough terrain (起伏の多い地形を3時間歩ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I can hike 3 hours with a 40lb / 18 kgs pack over rough terrain (起伏の多い地形を 18kg の荷物を背負って 3 時間歩ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

わたしはここに記載した情報が正しくかつ十分であることを誓います。緊急時にはこの情報を、アースウォッチ事務局、主任研究者、調査スタッフ、ダイブ・マスター、ダイビング組織、その他必要と考えられる組織に開示することを承認します。わたしはスキューバ・ダイビングにともなう特有の危険について理解し、調査参加に当たって適切な医学的助言を受けるよう最善を尽くしました。

I certify that the foregoing information is true and complete. I authorize the release of this information to Earthwatch Institute staff, Principal Investigators, project staff, Dive Master(s), diving facilities, and other parties deemed necessary in an emergency. I understand and accept the inherent risks associated with SCUBA diving and have sought appropriate medical advice prior to participating on this project.

Volunteer Signature: 参加者署名		Date: 日付 (dd month yyyy)
--------------------------------------	--	------------------------------------

Health Form for Scuba (page 4 of 4)

スキューバ・ダイビング用健康証明書(英語記入)

To the Physician: (担当医の方へ)

この書面に署名をする際には、この書面のほかに「スキューバ・ダイビングをするための医学的審査のガイドライン」を参照してください。この書面は、参加者(患者)と医師の署名がなければ有効にはなりません。

PLEASE NOTE: THE PATIENT SHOULD PRESENT YOU WITH THIS FORM AND "GUIDELINES FOR SCUBA DIVER'S PHYSICAL EXAMINATION." THIS FORM IS NOT COMPLETE WITHOUT BOTH PATIENT AND DOCTOR SIGNATURES.

この患者は、スキューバ(自給式水中呼吸装置)を使用した活動を行うアースウォッチの調査へ参加申し込みをしています。健康診査に当たっては、添付の「スキューバ・ダイビングをするための医学的審査のガイドライン」を参照してください。調査で行うダイビングは、3メートルから21メートルになります。ただし、調査活動にはより高度な身体力が要求され、ファンダイビングよりもきついことが予想されます。疲労をつのらせ、体力的制限を悪化させる可能性があるという危険性を患者によく説明してください。

Your patient is an applicant for participation on an Earthwatch Institute Expedition that will involve the use of SCUBA (self-contained underwater breathing apparatus). Please refer to the "Guidelines for SCUBA Diver's Physical Examination" that accompany this form for guidance during this physical. Your patient will be diving between 10 and 70 feet (3 and 21 meters). These dives are expected to be more difficult than sport diving, as the research tasks involve greater physical exertion. This may increase fatigue and exacerbate any physical limitations. Please discuss these risks with your patient.

既往症疾患に対する医師の所見と詳細説明(チェックのついた既往症の項目すべてに所見を記述してください。重要と思われる項目については、病歴についてより詳しく問診し、特筆すべき事項はここに記載してください。)

PHYSICIAN'S SUMMARY AND ELABORATION OF ALL PERTINENT DATA (Physician shall comment on all positive answers in PAST/CURRENT MEDICAL HISTORY section. Physician may develop by interview any additional medical history deemed important, and record any significant findings here.)

PHYSICIAN'S IMPRESSION (担当医所見)

I find no medical conditions that I consider incompatible with SCUBA diving (スキューバ・ダイビングをするにあたって不適切な症状はありません)

I am unable to recommend this individual for SCUBA diving (スキューバ・ダイビングをすることを勧められません)

Name of Physician: 医師名		Exam Date: 診察日 (dd month yyyy)	
Signature: 署名:			

DIVING MEDICINE REFERENCES

1. Physicians Guide to Diving Medicine. Charles W. Shilling, Catherine B. Carlson, Rosemary Mathias. Plenum Publishing Corporation, 1984.
2. Diving and Hyperbaric Medicine Review for Physicians. Jolie Bookspan, 2000.
3. The Physiology & Medicine of Diving. David H. Elliott, Peter B. Bennett. Harcourt Brace & Company Canada, Limited, 1993.
4. Diving Medicine. Alfred A. Bove. Harcourt Brace & Company Canada, Limited, 1997.
5. Diving & Subaquatic Medicine. Carl Edmonds, Christopher Lowry, John Pennefather. Butterworth-Heinemann, 1994.

ご提供していただく個人情報は外部に漏洩することの無いよう適切な管理の元に運用されますが、研究者などアースウォッチに関連する関係者とは情報を共有することがあります。