ダイバーメディカル | 健康診断医師による評価シート

参加者名		生年月日		
	(楷書)		日付(日/月/年)	
うか、先生の意見を求めていま		大態に関する医学的ガイドラ	は活動に参加することに適しているか ラインについては、 <mark>uhms.org</mark> をご確 ご確認ください。	
評価結果				
─ 参加することに同意します ありませんでした。	- レクリエーショナルスクーバダ	イビングまたはフリーダイ	ビングに適さないと考えられる状態は	t
─ 参加することに同意しませ 態がありました。	ん - レクリエーショナルスクーバ	ダイビングあるいはフリー	ダイビングに適さないと考えられる∜	†
I	医師の署名		日付(日/月/年)	
医師名				
資格	(楷	書)		
クリニック/病院				
住所				
電話番号		Eメール		
	医師/クリニックの)スタンプ(任意)		

作成: <u>Diver Medical Screen Committee</u> 提携·協力団体:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego