



主治医先生御待史

JULIA/HSA JAPAN

(日本水中指導者協会/身体障害者潜水協会 日本支部)

代表 案納昭則

診断書記入にあたってのお願い

JULIA は、身体障害をもたれた方の QOL 向上の一貫として、スクーバダイビングの指導を行っています。既に頸椎損傷、脳性麻痺の方をはじめとし、多くの障害者がダイビングを経験し、海の素晴らしさに感動していただいています。

この度、先生の担当の患者さんがスクーバダイビングを希望されています。そこで、実施に当たり各方面でのリスク管理を厳格に行うため、先生には医学的情報の提供をお願いしたく存じます。尚、実施に際し一切のご迷惑をお掛けしないことをお約束します。

身体障害者のレジャースポーツへの参加門戸拡大と、われわれの活動にご理解を頂き、別紙所定の診断書にできるだけ詳細にもれなくご記入頂きますようお願い申し上げます。

ご多忙の折、誠に申し訳ありませんが宜しくご高配賜りますようお願い申し上げます。

※不明な点などありましたら、ご遠慮なく下記までご連絡ください。また、当方にて不明点が発生した場合、失礼ですが先生までご連絡させて頂くことがあるかもしれません。ご了承下さい。

連絡先 JULIA/HSA JAPAN 本部

〒559-0007

大阪市住之江区粉浜西 2-18-6 レッツビル 1F

TEL: 06-6675-1228 FAX: 06-6675-1229

URL: <http://www.julia.ne.jp/>

E-MAIL: info@julia.ne.jp



脳性麻痺用

診 断 書

JULIA 御中

患者氏名 _____ 殿 _____ 歳（男・女）につき以下のように
情報提供します。

疾患名：脳性麻痺 <タイプ/ 痙直型・アテトーゼ型・その他（ ）>

障害名：

現症：

手術処置：無・有

現行投薬剤：無・有

合併症：開放創	無・有
心疾患	無・有
呼吸器疾患	無・有
感染症	無・有
発作性疾患	無・有
耳鼻科疾患	無・有
骨粗鬆症	無・有
その他	無・有

その他特記事項（スクーバダイビングを行うに当たっての注意、留意事項等が
ありましたら記載下さい）

年 月 日 機関名：

医師名：



脊髄損傷用

診 断 書

JULIA 御中

患者氏名 _____ 殿 _____ 歳（男・女）につき以下のように
情報提供します。

疾患名：

障害名：

障害レベル：

経過及び現症：

手術処置：無・有

現行投薬剤：無・有

合併症：辱創	無・有
開放創	無・有
心疾患	無・有
呼吸器疾患	無・有
感染症	無・有
発作性疾患	無・有
耳鼻科疾患	無・有
骨粗鬆症	無・有
その他	無・有

その他特記事項（スクーバダイビングを行うに当たっての注意、留意事項等が
ありましたら記載下さい）

年 月 日 機関名：
医師名：



診 断 書

JULIA 御中

患者氏名 _____ 殿 _____ 歳（男・女）につき以下のように
情報提供します。

疾患名：

障害名：

経過及び現症：

手術処置：無・有

現行投薬剤：無・有

合併症：開放創	無・有
心疾患	無・有
呼吸器疾患	無・有
感染症	無・有
発作性疾患	無・有
耳鼻科疾患	無・有
骨粗鬆症	無・有
その他	無・有

その他特記事項（スクーバダイビングを行うに当たっての注意、留意事項等が
ありましたら記載下さい）

年 月 日 機関名：

医師名：