

極地探検クルーズにおける 健康申告書の義務化

第1部 - 乗客が記入する医療アンケート

第2部 - 免責事項

第3部 - 主治医が記入する問診票

ポナン社が運航する船は、地上のあらゆる医療インフラから離れた未踏の地へお客様をお連れします。そのような場所では、医療搬送の手配は難しく、また、変わりやすい天候の影響を受けます。船には看護師1名と救急医師1名からなる医療チームが乗船し、急性疾患や怪我が発生した場合の医療支援を行います。船では、航行位置や環境的な制約により、陸上の医療支援へのアクセスが限られる中で遠隔医療を行うこととなります。陸上の医療施設では管理可能な病気や怪我も、陸地から隔てられた環境では、短期間で深刻な事態に陥る場合があります。コロナ禍という現状において、これは特に重要な問題です。

これらの理由から、ポナン社が運航するクルーズにご乗船いただくお客様には、良好な健康状態でご参加いただく必要があります。悪化が懸念される慢性疾患をお持ちの場合、極地エクスペディションクルーズにご参加いただくことはできません。そのため、船上の医療チームは、お客様（及びご同行のお子様）の健康状態全般を漏れなく把握する必要があります。ご申告に基づき、お客様（及びご同行のお子様）の健康状態が極地エクスペディションクルーズに適しているかどうかを判断いたします。

ポナン社が運航する極地エクスペディションクルーズには、6歳未満のお子様及び妊娠三ヶ月を過ぎた妊婦のお客様はご参加いただけません。乗船を希望される船の医師またはお客様の主治医のいずれかが懸念される疾患を認めた場合、ポナン社はお客様の極地エクスペディションクルーズへの参加をお断りする権利を有します。また、ご乗船いただくすべてのお客様は、ご出発90日以内にこれらの問診票に必要事項をご記入の上、ご出発45日前までにご提出ください。ご予約がご出発直前の場合は、問診票をお受け取り後速やかにご記入の上、ご提出ください。

ご提出いただく健康及び医療情報は、厳格な守秘義務に基づき、ポナン社が適切に管理いたします。

ポナン社メディカルディレクター
アン・マリー・カーペンター

氏名：	生年月日：
未成年者の氏名、親の氏名：	年齢：
乗船港：	携帯電話番号：
Your ship	<input type="checkbox"/> L'AUSTRAL <input type="checkbox"/> LE BOREAL <input type="checkbox"/> LE LYRIAL <input type="checkbox"/> LE SOLEAL <input type="checkbox"/> LE BOUGAINVILLE <input type="checkbox"/> LE CHAMPLAIN <input type="checkbox"/> LE DUMONT D'URVILLE <input type="checkbox"/> LE LAPEROUSE <input type="checkbox"/> LE BELLOT <input type="checkbox"/> LE JACQUES CARTIER

第1部 - 自己申告書

乗船者が記入すること

セクション1- 病歴	はい	いいえ
次のような病気や症状がある、またはあったことがありますか？		
新型コロナウィルスの予防接種はしていますか？ そうでない場合、その理由を具体的にご記入下さい：子供、子供が6ヶ月未満、禁忌、その他など ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重篤な感染症、寄生虫、自己免疫不全：特に新型コロナウィルス感染後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓障害、心筋梗塞、高血圧、肺塞栓症、その他の循環器系の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病、高コレステロール、甲状腺障害、その他内分泌系や代謝系の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血、凝固異常、白血病、その他の血液の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うつ病、不安障害、その他の精神疾患 小児の場合：行動障害、その他の精神障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳血管障害、てんかん、神経系や筋肉の疾病 小児の場合：神経疾患、てんかん、発達障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性気管支炎、喘息、COPD、その他呼吸器系の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化器系、肝臓、腹部などの疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臓または泌尿生殖器系の疾病（腎不全、腎癌など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
坐骨神経痛、関節炎、その他の骨や関節の病気、自己免疫疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良性腫瘍、悪性腫瘍のどちらか、または両方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

セクション2：手術歴	はい	いいえ
あなた（またはあなたの子様）は、過去5年間に手術が必要な怪我をしたことがありますか？ または過去5年間に手術を受けたことがありますか？ 頭部外傷の場合、昏睡や意識消失の有無、その期間、副作用について教えてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

セクション1および/または2のいずれかの質問に「はい」と答えた場合：どのような病気、手術、事故ですか？いつ？副作用は？詳細をご記入下さい。

氏名.....

クルーズの日付:

セクション3：現在の診療状況

現在、あなた（お子様）は治療を受けていますか？

どのような治療ですか？.....

それはどの症状のためですか？.....

SECTION 4: アクティビティー

何かスポーツをやっていますか。

力レベルを教えてください.....

どれくらい歩けますか？.....

私は、上記の質問に対し、誠実に回答したこと、また、何ら隠していないことを証明します。「個人医療データは、船内医師と本社医務局の医師によるファイル処理にのみ使用される」こと、また「船内の医師、ポナン社本社の医療チームは、お客様自身や他の乗客に危険が及ぶと判断した場合、お客様の乗船を拒否する権限を有する」ことを理解しました。

署名した場所と日付け

署名：

氏名.....
クルーズの日付:

第2部：賠償責任免除

署名者は、

氏名：

生年月日：

居住地：

私は、_____は、_____号でのクルーズには、孤立した環境での医療行為、特に遠隔地での医療避難に伴う制約や、過酷な気象条件でのリスクがあることを十分に認識していることをここに確約します。

私は、_____は、_____号でのクルーズには、孤立した環境での医療行為、特に遠隔地での医療避難に伴う制約や、過酷な気象条件でのリスクがあることを十分に認識していることをここに確約します

1. 私はさらに、私が合法的な年齢であり、または私の親もしくは保護者の書面による同意を取得しており、この責任免除に署名する法的能力があること、またはこの責任免除および危険負担契約（「契約」）の各条項に同意し確認することを表明します。

2. 私は、ここに記載されている条件が契約上のものであり、単なる説明ではないことを理解し、自由な意思で、また、ここに法的権利を放棄することに同意した上で、本契約に署名しました。

3. 私は、被免責当事者を訴える権利だけでなく、私の相続人、譲受人、または受益者が私の怪我、死亡または無能力に起因して被免責当事者を訴える権利を放棄することを理解し、同意します。私は、本契約で明示的に放棄された請求の結果、被免責当事者が被ったあらゆる手数料、費用、および/または損害について、被免責当事者を補償することに同意します。

私は、私自身および私の相続人を代表して署名する前に、この契約書を読み、その内容を完全に理解していることを証明します。

署名場所

日付

参加者の署名：

氏名.....

クルーズの日付:

第3部 健康診断

主治医が記入すること

氏名：

生年月日：

乗船日：

同僚の皆様

あなたの患者は、ポナン社のル・コマンダン・シャルコー号で極地探検クルーズを計画しています。数日から数週間の間、病院から離れた場所を航行区します。

このような地域では、医療搬送の編成が難しく、変わりやすい天候に影響されます。本船には看護師2名と救急医1名からなる医療チームが常時乗船し、急病や怪我をした際に医療支援を提供しまが、本船が環境的な制約がある遠隔地に行くため、沿岸の医療支援へのアクセスが制限された遠隔医療を実践することになります。

沿岸の医療施設では対処できる病気や怪我も、このような孤立した環境では、すぐに重大な事態に陥る可能性があります。このことは、ウイルスが蔓延している現在では、なおさら顕著です。

そのため、ル・コマンダン・シャルコー号クルーズでは、乗客に健康であることを求め、他のポナンクルーズよりも厳しい基準を設けています。慢性疾患で衰弱の恐れがある方は、遠征航海に参加できません。

患者の全身の健康状態について再現性のあるスコアを得るために、他の背景情報に加えて、ロックウッド社の臨床虚弱スコアを図表に添付された尺度で記入してください。

さらに、患者に心血管系疾患の既往がある場合、または冷水での水中活動を希望する場合は、小児であっても以前の心電図を添付していただけすると幸いです。

最後に、緊急の医学的管理に有用な追加検査報告書があれば、そちらも添付下さい。患者への医療提供向上させることができます。(心臓超音波検査、手術報告など)

貴重な時間を割いていただき、ありがとうございました。

アン・マリー カルペンティール 医師

ポナン社メディカルディレクター

氏名.....

クルーズの日付:

セクション1 体格

身長?	体重?
-----------	-----------

セクション2-ワクチン接種状況	はい	いいえ	「いいえ」の場合はご記入下さい
患者は推奨されている予防接種（破傷風、ポリオ、黄熱病）をうけていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子供の予防接種スケジュールは最新ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
新型コロナウィルスのワクチンは接種はしていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最後の接種日： 接種証明書を添付下さい。

セクション3-内分泌系と代謝系	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
あなたの患者さんは糖尿病ですか？その種類は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事に関する制限はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

セクション4-神経系	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
脳卒中は？麻痺の兆候は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どのようなものですか？.....
他に神経症状（震え、感性障害、協調運動障害、てんかん）はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どのようなものですか？.....
子供向け 発作、てんかん、抗けいれん剤治療、発達障害などはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

セクション5：循環器系検査	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
血圧.....			心拍数.....
□降圧剤治療は？			
心不全の兆候はないですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LVEF:%
リズム障害はありますか？心房細動ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どちらですか.....
動脈疾患はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心電図（循環器系の病歴がある場合、診療録に添付してください）:			

氏名.....

クルーズの日付:

セクション6：呼吸器系検査	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
慢性的な呼吸不全はありませんか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
長期的な酸素療法は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	流量: L/毎分
喘息やCOPD？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
あなたの患者さんは睡眠時無呼吸症候群ですか？ CPAPの補助はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子供用: 気管支喘息や呼吸器系の病気はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	重症度(GINA)

セクション7：消化器系	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
慢性的な消化器系の疾患はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
肝機能に異常はないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

セクション8 - 泌尿器系	はい	いいえ	コメント
腎不全はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	クレアチニン:
腎痛や腎孟腎炎の既往歴はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
急性尿閉のリスクはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子供向け 尿路性器奇形はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者は妊娠していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	期間

セクション9-精神病	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
行動障害や精神疾患の兆候はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どのようなものですか？

セクション10-筋骨格系	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
行動障害や精神疾患の兆候はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移動のために杖や車いすが必要ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どのようなものですか？

セクション11-アレルギー	はい	いいえ	「はい」の場合はご記入下さい
食物アレルギーはありますか？その他は？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

氏名.....

クルーズの日付:

セクション12 - 薬物治療	はい	いいえ	「いいえ」の場合はご記入下さい
慢性的な治療を行っていますか? リスト:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方箋を添付するか、 正確に記載してください。

セクション-13 身体的虚弱と認知的虚弱評価	はい	いいえ	優秀
患者さんは5kgのイマージョンスーツを身につけて歩けますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
記憶障害や認知症はありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MMSE (分かる範囲)
クリニカル・フレイル・スケール (ロックウッド)?			

氏名.....

クルーズの日付:

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILTY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILTY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILTY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineinternational.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

署名地と日付

監察医の署名・捺印

「一般データ保護規則」または「GDPR」に従い、フォームで収集された情報は、次のように記録されます。お客様のファイルを厳密に保護する必要性があるため、ポナンによって情報はコンピュータ化されファイルに記録されます。処理の法的根拠は、お客様の同意です。

収集されたデータは、この文書に記載されているように、処理の管理者であるポナンに伝達されます。データは、処理の目的およびお客様のクルーズの必要性に応じて、必要な保存期間だけ保管されます。お客様は、いつでもご自身のデータへのアクセス、データの修正、削除を要求し、またはご自身のデータの処理を制限する権利行使することができます。お客様は、いつでもお客様のデータ処理に対する同意を撤回することができます。

これらの権利行使する場合、またはお客様のデータ処理についてご質問がある場合は、データ保護担当者(vieprivee@PONANT.com)に連絡するか、当社ウェブサイト(www.PONANT.com)で当社の個人データ保護方針をご確認ください。

ポナンは、前述の法律に従い、データの安全性と機密性を確保するために、用途と最新技術に従って対策を講じています。

お客様の権利に関する詳細については、cnil.frのウェブサイトを参照してください。