

参加者プロフィール

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳
現住所 〒 _____
電話番号 _____ クーポン、DMの送付 有 無 _____
緊急時連絡先 氏名 _____ 電話番号 _____ ご関係 _____
ご要望、リクエストなど _____

《病歴書》

当てはまる事項の枠にチェックしてください。
チェック事項に該当する場合はインストラクターに報告してください。

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 現在、妊娠をしている。もしくはその可能性がある。 | <input type="checkbox"/> | 現在、投薬を受けている。 | <input type="checkbox"/> |
| 過去1年以内に喘息の症状が出た事がある | <input type="checkbox"/> | 現在、通院している。 | <input type="checkbox"/> |
| てんかん、発作、けいれんを起こした事がある。 | <input type="checkbox"/> | 乗り物酔いがある。 | <input type="checkbox"/> |
| 糖尿病である。またはなった事がある。 | <input type="checkbox"/> | 耳の病気が有る。 | <input type="checkbox"/> |
| 高血圧症である。または血圧降下剤など、血圧を | <input type="checkbox"/> | 行動上の問題、または精神的、 | <input type="checkbox"/> |
| コントロールする薬を服用している。またはしていた。 | <input type="checkbox"/> | 心理的な問題がある。 | <input type="checkbox"/> |
| 何らかの心臓疾患や発作を起こした事が過去にある。 | <input type="checkbox"/> | 体内にアルコールが残った状態である | <input type="checkbox"/> |
| 血液・血管の病気が有る、またはなった事がある。 | <input type="checkbox"/> | | |
| 現在・過去ともに、医師より運動や生活に | <input type="checkbox"/> | | |
| 制限を受けた事がある | <input type="checkbox"/> | | |

私の病歴について、上記の情報は、私の知る限り間違いありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、記入漏れの事項に関する責任を負う事に同意します。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《ディスカバー・スノーケリングに関する危険の告知書》

私 _____ は、スノーケリングについての説明を受け、
内容を十分に理解したうえで参加することを証明いたします。

私（参加者）は、上記で選択したプログラムに参加するにあたり、このプログラムが海や湖、プールなどの水域で実施されることを理解しており、したがって、安全のためにガイドやインストラクターは、このプログラムがスポーツであり、参加するためには健康でなくてはならないことを知っています。特に、耳や呼吸器系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関してはすべてガイドやインストラクターに説明し、もし不明な点、ガイドやインストラクターの指示が合った場合には、医師の診断を受けさせることに同意いたします。さらに、現在薬剤の服用はしていないこと、体調の良い健康な状態であることが参加する条件であることを知っています。私（私/私共）は、安全にプログラムを楽しむには、上記のことを全て守る必要があることを十分理解し、インストラクターやガイドの指示に従わないことや、重大な病歴について説明しないことその他重大な不注意等が原因となり事故が発生しても、それは全て私（私/私共）の責任であることを了解しています。

私は上記の内容をよく読み、確認して署名いたします。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

