

体験ダイビング 参加申込書



フリガナ		〒		-	
氏名		住所			
年		月		日生	
		TEL		-	
歳	男	Mail:			
型	女	宿泊先:			
緊急連絡先 氏名		TEL		続柄	

《個人情報保護》

ダイバーメディカル 参加者チェックシート

レクリエーションダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。

女性へ注意：妊娠中、あるいは妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに通常の肉体的あるいは精神的能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。 [A]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	45歳を超えています。[B]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	中程度の運動（例えば1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で通常の身体活動に参加することができませんでした。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	目、耳、または鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。[C]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関する問題が継続しています。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重症、持続性の神経障害あるいは疾患になったことがあります。 [D]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	現在、精神科疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です。（あるいは過去5年間に以内に治療が必要でした）。または学習障害と診断されたことがあります。[E]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	腰痛、あるいはヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。[F]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	胃や腸に、最近下痢も含めて、問題があったことがあります。[G]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	処方箋を服用しています（避妊薬、あるいはメルロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

参加者署名

参加者宣誓分：私は正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者のサイン（未成年の場合は参加者保護者/親権者のサインが必要です）。

日付：

/ /

参加者氏名（楷書）

生年月日

/ /

インストラクター氏名(楷書)

ファシリティ

*上記質問に「はい」と回答した場合、用紙裏のチェックシートにも記入が必要になります。