

ダイビング シュノーケリング 申込書

フリガナ 氏名	歳	生年月日	血液型
フリガナ 住所 〒			TEL
			携帯
緊急連絡先 (氏名)	TEL		続柄
身長	体重	足のサイズ	ダイビング経験 有・無 指導団体・ランク
参加されるコース	ファンダイビング	体験ダイビング	シュノーケリング
当店を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> じゃらん、asoview! <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他		

健康調査票

下記項目の中に、現在または過去を問わず当てはまるものがあればチェックをして下さい。

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> 現在処方箋による投薬を受けている (避妊薬、マラリア予防薬は除く)。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 以前に以下の病気にかかったことがある、または現在かかっていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 乗り物酔いがよくある。または乗り物酔いが激しくある (船酔いや車酔いなど)。</p> <p><input type="checkbox"/> カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。</p> <p><input type="checkbox"/> 花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 喘息 (ぜんそく)、あるいは呼吸時の喘息 (ぜいぜいする)、または運動時に喘鳴が起きる、または起きたことがあった。</p> <p><input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返し起こす。</p> <p><input type="checkbox"/> ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしていた。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病である、またはなったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。</p> <p><input type="checkbox"/> 耳の病気や手術を受け、聴覚障害、平衡感覚障害である。</p> <p><input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなったことがある (不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。</p> <p><input type="checkbox"/> 何らかの肺の病気 (肺炎など) がある、またはなったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> その他の肺の病気がある、またはなったことがある。もしくは肺 (胸部) の手術を受けたことがある。</p> | <p><input type="checkbox"/> 複雑型偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があった。</p> <p><input type="checkbox"/> 腰部または脊椎の手術を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 意識喪失や、気絶したことがある (完全、または一時的に意識を失う)。</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん、発作、けいれんをおこす、またはそれを抑えるための薬を服用している。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤痢または脱水症状で治療が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> なんらかのダイビング事故や減圧症である、またはなったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 中程度の運動ができない (例えば、約 1.6 キロの距離を 12 分以内で歩くことができない)。</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 出血やその他血液障害がある、またはあった。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去5年間に娯楽で麻薬を使用したり、治療のために麻薬を用いたり、またはアルコール依存症になったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> 45 歳以上の方で、以下の項目が1つ以上当てはまる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 煙草、葉巻、パイプを喫煙している。 ・ 高血圧である。 ・ コレステロール値レベルが高い。 ・ 食事療法で調整しているが糖尿病である。 ・ 家族に心臓発作や脳卒中の病歴ある方がいる。 ・ 現在診療を受けている。 |
|---|---|

私は上記注意事項をよく読み、説明を受け、理解し、また健康調査票について上記の情報には間違いなく、この誓約書に署名することで、私が船長・インストラクターの指示に従わなかったこと、あるいは私自身の過失が原因で発生した損害については、私は古宇利島ダイビングのインストラクター、その他関係者に対してその賠償の請求を放棄いたします。もし私が未成年であるときは、私の保護者がこの書類に署名します。

日付 年 月 日

本人署名 _____ (未成年の時) 保護者署名 _____