

体験ダイビング/スノーケルダイバー/スキンド이버

■コース参加申込書

氏名	性別	コース申込日 (西暦)
住所	緊急連絡先 氏名	年 月 日 生年月日 (西暦) 年 月 日 連絡先

健康診断質問票

◇下記の病気や症状をお持ちの方は、医師の許可なくコースに参加することができません。

- 鼓膜せん孔 ●メニエール病 ●中耳炎 ●慢性副鼻腔炎（蓄膿症） ●鼻腔閉塞（鼻ポリープ・鼻中隔湾曲）
- 花粉症 ●歯に補填物による空洞や適合していない義歯がある ●内因性の気管支喘息 ●自然気胸 ●肺気腫
- 結核 ●肺に空洞が残った結核 ●喫煙による気管支の炎症 ●急性呼吸器感染（風邪・肺炎・気管支炎）●不整脈
- 弁膜症 ●冠動脈疾患 ●心筋症 ●高血圧 ●精神症 ●アルコール中毒 ●神経痛 ●てんかん ●神経疾患
- 偏頭痛 ●頭部外傷後のけいれん発作・脳波異常 ●脳卒中（脳内出血・脳梗塞・くも膜下出血）●関節炎 ●筋肉炎
- 関節リウマチ ●胃・十二指腸潰瘍 ●肝炎 ●脾炎 ●糖尿病 ●甲状腺疾患（内服で調節不可能なもの）●緑内障
- 結膜炎 ●対麻痺 ●極度の肥満 ●妊娠 ●閉所、高所、開けた場所などの恐怖症 ●乗り物酔い、船酔いがひどい
- 飛行機に乗った時、または車で峠を越えたとき、耳や副鼻腔の圧力平衡がとれず痛みを感じる
- 5秒間に5回、椅子の上に昇り降りして、脈拍を測定し、45秒以内に元に戻らない

◇上記以外の病気をお持ちの場合は、記入してください。

私は、上記に該当する病気や症状はありません。

(西暦) 年 月 日 本人署名 印

保護者署名（未成年の場合） 印

コース内容確認文

私 _____ はコースに参加することで、私自身が参加するコースの潜在的な環境の持つ危険性について充分納得しています。また、日程について、料金について、開催地やスケジュールについて、使用するテキスト・教材について、コース費用の他に必要となる費用について、キャンセル料について了承しました。また、コースに参加するために、健康管理に責任を持ち、何らかの異常に気がついた時は速やかに参加中止、中断することも予め了解しています。

危険の告知の理解

私は、私の故意又は過失によりインストラクターの安全に基づく指示に従わなかったり、勝手な行動を起こしたりすることが私自身に危険を招き事故につながる場合もあることの説明を受け理解しました。

(西暦) 年 月 日 本人署名 印

保護者署名（未成年の場合） 印

コース開始時の確認文

◇コース参加者は、下記の質問にYESまたはNOでお答えください。

- 睡眠時間は十分である。 _____
- 酒気をおびていません。 _____
- 健康状態は良好です。 _____
- 一切の薬物は服用しておりません。 _____
- 本日の実習参加を希望します。 _____

(西暦) 年 月 日 本人署名 印