

シュノーケリング 参加者情報

氏名	生年月日	年	月	日 (歳)
電話番号	クーポンの送付を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>			
住所 〒				

◆緊急時連絡先

氏名	電話番号	ご関係
----	------	-----

《病歴診断書 確認事項》

※当てはまる項目にチェックしてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、投薬を受けている。 | <input type="checkbox"/> 血液・血管の病気がある。なったことがある。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、通院をしている。 | <input type="checkbox"/> 医師により運動や生活の制限を受けたことがある。受けている。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、妊娠をしている。もしくはその可能性がある | <input type="checkbox"/> 耳の病気がある。 |
| <input type="checkbox"/> 過去1年以内に喘息の症状が出たことがある。 | <input type="checkbox"/> 精神的・心理的な問題がある。 |
| <input type="checkbox"/> てんかん、発作、けいれんを起こしたことがある。 | <input type="checkbox"/> 体にアルコールが残った状態である。 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病である。または、なったことがある。 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患や発作を起こしたことがある。 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧病である。または、血圧降下剤などの薬を服用している。もしくは、したことがある。 | |

※上記の項目に当てはまる項目がある場合は、お医者様の診断書が必要となります。

上記の情報は、私の知る限り間違いありません。私は、現在・過去の健康状態を明らかにしなかった場合、記入漏れに関する責任を負うことに同意します。

参加者署名	日付	年	月	日
保護者署名	日付	年	月	日

※未成年の方は、親権者の方の署名が必要となります。

《シュノーケリングに関する危険告知書 同意書》

私は、シュノーケリングについて説明を受け、内容を十分理解したうえで参加することを証明します。

私は、シュノーケリングに参加するにあたり、このプログラムが海や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の指示にしたがうことに同意いたします。

私は、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ます。また、病歴診断書の項目に該当する項目がある場合は、医師の診断を受け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
保護者署名	日付	年	月	日

※未成年の方は、親権者の方の署名が必要となります。

