



海あしび/海うさぎ スノーケル参加確認書



メニュー名 青の洞窟スノーケル ジンベエスノーケル ビーチスノーケル

参加者の情報

参加者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____

住所 〒 _____

ご連絡先： _____ - _____ 緊急連絡先： _____ - _____

確認事項をよく確認しご記入下さい。

- 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事を証明いたします。
私(参加者)は、上記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事を理解しており、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従うことに同意します。
- 私(参加者)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事を知っています。特に耳や呼吸器系及び循環の障害はなく、今までの病歴に関しては全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事に同意します。
更に、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事が参加する条件である事を知っています。
- 私(参加者/私共)は、安全にプログラムを楽しむには、上記の事を全て守る必要がある事を十分理解し、インストラクターやガイドに指示に従わないことや、重大な病歴について十分説明しないこと、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(参加者/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、自分自身の自由意思をもってこの確認書に署名いたします。



参加者署名： _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____

メディカルチェック

※あなたの現在・過去における病歴で、該当する全てを性格にチェックしてください。

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 自然気胸 | <input type="checkbox"/> 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> 鼻炎 | <input type="checkbox"/> 中耳炎等の耳の感染 | <input type="checkbox"/> 胃かいよう | <input type="checkbox"/> 神経性過敏 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害 | <input type="checkbox"/> めまい・失神 | <input type="checkbox"/> 頻繁な頭痛 | <input type="checkbox"/> ねんざ・骨折 |
| <input type="checkbox"/> 心臓障害、狭心症 | <input type="checkbox"/> 高・低血圧 | <input type="checkbox"/> 腰痛・椎間板ヘルニア | <input type="checkbox"/> 不整脈 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓障害 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 閉所・高所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> アルコール中毒 | <input type="checkbox"/> 薬品の使用 | <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 乗物酔い |

※あなたが現在服用している薬品類を全て書き出してください。

※参加者が未成年者（19歳以下）の場合には、この確認書に親権を持つ保護者の署名が必要となります。
私は、参加者（私の子供）が上記確認事項を正確に理解しており、メディカルチェックの記載が正しいことを保証し、この参加申し込みを行うことに同意致します。

親権を持つ保護者署名： _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____

