

全ての項目をはっきりとご記入下さい。

■参加者情報

氏名	(漢字)	生年月日	西暦	年	月	日
	(ローマ字)	性別/年齢/血液型	男・女	/	満 歳	/ 型
ふりがな						
住所	〒					
電話番号	自宅	勤務先・学校				
	携帯	E-Mail				

緊急連絡先

氏名	電話番号	
住所		

□今後、BLUE ZONE及び提携店ダイビングクラブAQUA GIFTより、お得なスキューバ情報やツアー情報をお知らせさせて頂く場合がございます。お知らせの不要な方は、恐れ入りますがチェックボックスにチェックをお願い致します。

◎個人情報の取り扱いについて、本申込書でお客様からお預かりする住所、氏名、電話番号、E-Mailアドレス等の個人情報は、商品・サービス情報の提供・御案内・収集・商品サービスの提供、利用状況、利用実態、利用ニーズその他の商品・サービスの「情報提供・収集・分析」またはお問い合わせに対して使用するものであり、その他の理由で使用する事はありません。

・お預かりした個人情報は弊社提携店に上記利用目的に応じて提供する場合がございます。提供手段・方法として電子媒体・アナログ媒体などあります。

ディスカバー・スクーバ・ダイビングの危険の告知書

ディスカバー・スクーバ・ダイビングの危険について

よく読んでご記入下さい。

私(参加者)は、圧縮空気を使用するスクーバ・ダイビングに付随する危険性について納得のいく説明を受け、理解した上で練習セッションとオープンウォーター・ダイビングに参加することをここに証明いたします。

このプログラムに参加するにあたり、私に関連する環境および条件などについてプログラムの実施者の指示に従います。又指示に従わずに発生する事態あるいは不測の事態から私自身に生じる可能性のある障害その他の障害のすべてについて、私自身が責任を負うとともに、健康管理など細心の注意をはらって参加します。私は、このプログラムが、スクーバ・ダイビングへの体験的なプログラムとして認定されていることを理解しています。さらに進んでダイバーとして認定を受ける為には、認定コースに参加し、資格のあるインストラクターから直接全ての指導を受けなければならないことを理解しています。

私は、プログラムを提供する(PADIメンバー)または沖縄県に所在するBLUE ZONE及びPADIに対して、私が同インストラクターの指示に従わなかったこと又は私の重大な過失によって私が破った障害については、同インストラクターに過失が存じた場合においても、その賠償責任を問わない事を約束します。

病 歴 書

ご参加の皆様へ:この病歴書はスクーバ・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断するものです。以下の各質問に「Yes」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格がまったくないと意味する訳ではありません。「Yes」という回答があった場合ダイビングをする時の安全性を阻む要因を明らかにし、医師の助言が必要であることを意味します。

あなたの過去と現在の病歴について、以下の質問に「Yes」または「No」でお答え下さい。どう答えてよいかの判断がつかない場合は、安全を期して「Yes」とご記入下さい。「Yes」と記入した箇所がある場合は、このプログラムに参加する前に医師の診断書をご提出頂かなくてはなりません。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、耳の炎症(中耳炎や外耳炎)がありますか？ | <input type="checkbox"/> 現在妊娠をしている、またはその可能性がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 今までに耳の病気をしたことがありますか？また、難聴やめまいの病気になったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> あなたは結腸瘻形成術(人工肛門手術)をうけていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 今までに、耳、副鼻腔の手術を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 今までに心臓病や心臓発作を起こしたことがありますか？また、心臓や血管系の手術を受けたことがありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪、鼻づまり、副鼻腔炎、気管支炎にかかっていますか？ | <input type="checkbox"/> 今までに高血圧症、狭心症になったことがありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 今までに呼吸器系の病気、重症の花粉症やアレルギー(眠れない、スギ喘息、ショックなど)肺の病気にかかったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> また、現在欠陥の緒良沢を服用していますか？ |
| <input type="checkbox"/> 今までに気胸になったり、胸部の手術を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 45歳以上に方にお聞きします。家系に心臓発作や脳卒中の方がいましたか？ |
| <input type="checkbox"/> 現在、喘息の発作を起こすことがありますか？また、肺気腫、結核にかかったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 出血が止まらない病気、その他の血液の病気がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 現在、運動能力や精神面に影響する薬(眠気が出る薬、精神科の薬など)を服用していますか？ | <input type="checkbox"/> 糖尿病と言われたことがありますか？ |
| <input type="checkbox"/> 行動上の問題(多動症、精神障害など)、精神的または身体的な病気、神経系の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> 今までに意識消失、失神、けいれん、てんかんなどの発作を起こしたことがありますか？またこれらの予防薬を服用していますか？ |
| | <input type="checkbox"/> 怪我、骨折、手術などによって、腰や四肢に障害がありますか？ |
| | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症、開所(広場)恐怖症、パニック発作になったことがありますか？ |

私は、この危険の告知書が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、また私の病歴について上記の情報は間違いなく、この危険の告知書と病歴の内容のすべてを確認して署名致します。私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名致します。

参加者署名

親権者署名

日付

年

月

日