

フリガナ 氏名		〒 _____ 住所			
生年月日 年 月 日	年 齢 才	性 別 男・女	血 液 型 型	TEL	
				宿泊先	
緊急連絡先 氏名			TEL	続柄	
ご参加コース		1, おまかせシュノーケル 2, 半日シュノーケル (AM PM)			

シュノーケリングコースに参加の為の病歴／健康診断書

① あなたの現在、過去に渡る病歴で該当する欄に☑印を記入して下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、中耳炎 外耳炎にかかっている | <input type="checkbox"/> 意識喪失や気絶したことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪をひいている | <input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、副鼻腔炎や気管支炎にかかっている | <input type="checkbox"/> てんかん、発作、痙攣をおこす |
| <input type="checkbox"/> 現在、活動性の喘息がある | <input type="checkbox"/> 心臓及び循環器系の病気にかかったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、処方箋による投薬をおこなっている | <input type="checkbox"/> 糖尿病にかかったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、医師の下に通院している | <input type="checkbox"/> 腰痛、ヘルニアを繰り返し起こす |
| <input type="checkbox"/> 現在、妊娠、もしくはその可能性がある | <input type="checkbox"/> 高血圧症、狭心症になったことがある |
| <input type="checkbox"/> その他過去に病歴や手術の経験がある (病名: _____) | |

- ② 現在の健康状態はどうか？ 良好 普通 悪い
- ③ 昨日はよく眠れましたか？ はい いいえ
- ④ 現在、お酒を飲んでいますか？ はい いいえ

承諾書

以下の内容をよく読んでいただき、承諾されましたら、欄に☑印を入れて下さい。

- 当コースを利用の際は心身ともに健康であり健康管理は本人の責任において行います。
- 各コース共に潜在的危険性を理解し、スタッフの監視下で行動し、身体の不調を感じたときは直ぐにスタッフに申告し、自分自身及び他のメンバーの安全に対して責任ある行動をとります
- 天候不良、その他安全の為にツアーの中断・変更・中止することがあることを承諾します。
- てんかんの方についてはご参加できません。

日 付	参加者署名	親権者署名 (未成年の場合)
平成26年 月 日		

フリガナ		〒 _____			
氏名		住所			
生年月日	年齢	性別	血液型	TEL	
年 月 日	才	男・女	型	宿泊先	
緊急連絡先 氏名			TEL		続柄
ご参加コース		1, バンナ岳トレッキングコース			

トレッキングコースに参加の為の病歴／健康診断書

① あなたの現在、過去に渡る病歴で該当する欄に☑印を記入して下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、中耳炎 外耳炎にかかっている | <input type="checkbox"/> 意識喪失や気絶したことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪をひいている | <input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、副鼻腔炎や気管支炎にかかっている | <input type="checkbox"/> てんかん、発作、痙攣をおこす |
| <input type="checkbox"/> 現在、活動性の喘息がある | <input type="checkbox"/> 心臓及び循環器系の病気にかかったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、処方箋による投薬をおこなっている | <input type="checkbox"/> 糖尿病にかかったことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、医師の下に通院している | <input type="checkbox"/> 腰痛、ヘルニアを繰り返し起こす |
| <input type="checkbox"/> 現在、妊娠、もしくはその可能性がある | <input type="checkbox"/> 高血圧症、狭心症になったことがある |
| <input type="checkbox"/> その他過去に病歴や手術の経験がある (病名: _____) | |

- ② 現在の健康状態はどうですか？ 良好 普通 悪い
- ③ 昨日はよく眠れましたか？ はい いいえ
- ④ 現在、お酒を飲んでいますか？ はい いいえ

承諾書

以下の内容をよく読んでいただき、承諾されましたら、欄に☑印を入れて下さい。

- 当コースを利用の際は心身ともに健康であり健康管理は本人の責任において行います。
- 各コース共に潜在的危険性を理解し、スタッフの監視下で行動し、身体の不調を感じたときは直ぐにスタッフに申告し、自分自身及び他のメンバーの安全に対して責任ある行動をとります
- 天候不良、その他安全の為にツアーの中断・変更・中止することがあることを承諾します。

日 付	参加者署名	親権者署名 (未成年の場合)
平成 年 月 日		