

■参加されるコースをご選択ください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 体験ダイビング (初体験・経験あり) | <input type="checkbox"/> スキンダイビング (初体験・経験あり) |
| <input type="checkbox"/> ジュニア体験ダイビング (初体験・経験あり) | <input type="checkbox"/> ファンダイビング |

■ファンダイビングへ参加される方のみご記入下さい。

・Cカードランク[] ・経験ダイブ数[] ・最終潜水日[] ・ライセンスNO[]

参加者プロフィール

フリガナ 氏名 (男・女) 現住所 〒フリガナ

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢[歳] 血液型[] ご職業[]

携帯電話番号[] 緊急連絡先 [] メールアドレス[]

メディカルチェック

あなた様の現在の健康状態と過去の病歴についてお聞かせ下さい。 該当する項目に、印をご記入お願い致します。 これらの中で該当する項目によっては、ご希望のコースへ参加される前にコース担当の指導員と直接お話して頂く場合も、またはメニューへのご参加をお断りする場合も御座いますことをご了承いただくようお願いいたします。

1. 現在、何かしらの投薬を受けている。 あれば、服用の理由とお薬の種類は？()
2. 現在、心臓に関する病気または何かしらの不具合がある。[狭心症、不整脈等]
・あれば、どのような症状ですか？()
 過去に患ったことがある。 ・あれば、いつ？病種は？()
3. 現在、脳に関する病気または何かしらの不具合がある。[てんかん等]
・あれば、どのような症状ですか？()
 過去に患ったことがある。 ・あれば、いつ？病種は？()
4. 現在、肺に関する病気または何かしらの不具合がある。[喘息、肺気腫、結核等]
・あれば、どのような症状ですか？()
 過去に患ったことがある。 ・あれば、いつ？病種は？()
5. 現在、高血圧の兆候がある、または高血圧である。
・最近の平均血圧をお書きください。 ・最高() ・最低()
 高血圧の投薬を受けていますか？・あれば、どのようなお薬ですか？()
6. 現在、風邪をひいたり、鼻づまり、蓄膿症、副鼻腔炎や気管支炎などにかかっている。
7. 現在、中耳炎、外耳炎にかかっている。
8. 閉所恐怖症、高所恐怖症の病歴や、パニック発作になったことがある。
9. 現在、糖尿病を患っている。
10. 現在、運動能力や精神面に影響が起こり得る躁鬱的的症状がある。
11. 現在、下記項目のいずれかに該当する場合はチェックを入れてください。
 直前の飲酒 二日酔い 妊娠 睡眠不足 極度の疲労 過度の緊張
12. 上記項目のいずれにも該当しない！

★今のご気分は？ 絶好調！ 最高！ 良い 普通 あまり良くない 悪い

*スクーバダイビング/スキンダイビングを安全に楽しんで頂くために60才以上の方にはコース開催前に担当者による血圧および脈拍測定を受けていただいておりますのでご協力のほど宜しくお願い致します。

免責同意

私(受講者本人名)、_____は、アイランドブリーズ/有限会社ピナクル(以下「ピナクル」という)が主催するマリンコースへ参加するにあたり、コース開催中、**私自身の危険行為により発生した事故、および担当指導員の指示を守らずに発生した事故、心筋梗塞や脳卒中など想定外な発作による事故**などが万が一私自身に起きた場合、私自身・私の家族・親族・その他の関係者は、主催者であるピナクルには一切の責任が無い事に同意いたします。 また、これらの責任は私自身に帰属するものであり、私・私の家族・親族・その他の関係者は何らの異議を有せず、請求権も有しない事に同意します。

この書面の中にある事項は両者間の確認の下で確定しうる事項であり、主催者のピナクルに記入する様に言われて署名するものではありません。 私、_____の自由意志をもってこの内容を良く読み完全に理解した上でこの免責同意書に署名しました。

★コース参加者自身による署名 日付 年 月 日

★親権者の署名(参加者が未成年の場合) 日付 年 月 日

担当スタッフ記入欄