

参加者申込書

年 月 日

楷書体で、はっきりとボールペンで記入してください。

ふりがな

氏名 _____

性別 男 ・ 女

ふりがな

現住所 〒 _____

年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ FAX _____

e-mail _____

緊急連絡先

ふりがな

氏名 _____

電話番号 _____

ホテル名 _____ 部屋番号 _____ 今回お使いになられた旅行会社 _____

PADI 病歴／診断書

署名する前によくお読みください。

この病歴／診断書はダイビングにはある程度の危険性が内在すること、トレーニング・プログラムにはやりとげなければならないことが告知されていることを、確認する為のものです。以下のスクーバ・ダイビング・プログラムに参加するには、貴方の署名が必要です。

インストラクター名 _____ ストアー名 sealovers okinawa アドレス 沖縄県国頭郡恩納村字名嘉間 2-1 MEZON 金城

署名をする前に、この声明書をよく読んでください。スクーバ・トレーニング・プログラムに参加するにはこの病歴／診断書の声明書の全項目に記入することが必要です。この声明書には病歴に関するセクションがあります。未成年の場合には、親権者の署名が必要になります。ダイビングはエキサイティングなスポーツですが、同時にハードな活動でもあります。正しいテクニックを用いる限りダイビングは安全なスポーツです。しかしながらすでに確立されている安全手順に従わないときには、危険な場合があります。スクーバを安全に楽しむには、極端な肥満と体調を軽視してはなりません。

ダイビングはその時のコンディション次第では、非常に激しい活動にもなります。呼吸器系と循環器系が健康であること、すべての体内空間に異常が無く健康であることが必要です。心臓の疾患、現在カゼを引いている、てんかん、ぜんそく、重度の医学的なトラブル、アルコールや薬物依存の傾向などがある人は、ダイビングをすべきではありません。また現在定期的に投薬を受けている人は、プログラムに参加する前に、医師そしてインストラクターに相談してください。さらにスクーバ・ダイビングでの呼吸、圧平衡については、プログラムの中でインストラクターから学ぶ必要があります。正式な資格を持つインストラクターの直接指導の下で、器材の安全な使い方の全てを学ばなければなりません。この病歴／診断書、あるいは病歴のセクションについて質問があるときは、署名をする前にインストラクターともに、もう一度検討してください。

病歴書

参加各位

貴方の過去の病歴と現在の健康状態に該当する項目に、YES(Y)かNO(N)で記入してください。これら 1~33 項目の中で該当するものがある場合にはスクーバ・ダイビングに参加する前に医師に相談していただき PADI 病歴診断書を提出して頂かないと講習に参加することは出来ません。また、この病歴書を提出した後に、病歴の項目に該当するものが追加で発生した場合は、速やかに担当ストアー及びインストラクターに申し出ていただくと同時に PADI 病歴診断書を提出して頂かないと講習に参加することは出来ません。

- | | |
|---|---|
| 1 _____ 現在、妊娠中ですか。または妊娠のご予定はありますか。 | 15 _____ 乗物酔いで困ることがある。(船酔いや車酔いなど) |
| 2 _____ 日常、習慣的に投与、または市販された薬品を服用していますか。(避妊薬は除く) | 16 _____ ダイビング事故や減圧症になったことがある。 |
| 3 _____ 45 歳以上の方で、以下の 1 つ以上の項目があてはまりますか。
・ 現在、パイプ、葉巻、タバコを喫煙している
・ コレステロール値レベルが高い
・ 家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある | 17 _____ 腹痛を繰り返し起こす。 |
| 4 _____ 以前に以下の病気にかかったことがありますか。または現在かかっていますか。 | 18 _____ 腹部の手術を受けたことがある。 |
| 5 _____ 喘息(ぜんそく)、あるいは呼吸時の喘息(ぜいぜいする)または運動時に喘鳴することがある。 | 19 _____ 糖尿病に罹ったことがある。 |
| 6 _____ 花粉症、またはアレルギー症状ひどく、あるいは頻繁に発作になる。 | 20 _____ 腰、腕、足の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。 |
| 7 _____ カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。 | 21 _____ 普通の運動が出来ない(例えば、約 1.6 キロの距離を 12 分以内で歩くことが出来ない。) |
| 8 _____ 何らかの肺の病気(肺炎など)にかかったことがある。 | 22 _____ 高血圧症、血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用したことがある。 |
| 9 _____ 気胸になったことがある。 | 23 _____ 心臓疾患に罹ったことがある。 |
| 10 _____ 肺(胸部)の手術を受けたことがある。 | 24 _____ 心臓発作になったこと経験がある。 |
| 11 _____ 閉所恐怖症あるいは広場恐怖症に陥ることがある。 | 25 _____ 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けたことがある。 |
| 12 _____ 行動、品行上の精神的な問題がある。(躁鬱(そううつ)症など) | 26 _____ 耳、または副鼻腔の手術を受けたことがある。 |
| 13 _____ てんかん、発作、けいれんをおこす。またはそれを抑えるための薬を服用している。 | 27 _____ 耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。 |
| 14 _____ 偏頭痛を繰り返し起こす。またはそれを抑えるための薬を服用している。 | 28 _____ 飛行機内、あるいは高地でのドライブのとき、耳の気圧障害(一時的な耳詰まりが治らない)になったことがある。 |
| 15 _____ 意識喪失や、気絶したことがある。(完全、または一時的に意識を失った) | 29 _____ 出血やその他の血液障害を起こした。 |
| | 30 _____ 各種のヘルニアに罹ったことがある。 |
| | 31 _____ 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けたことがある。 |
| | 32 _____ 人工肛門の手術を受けたことがある。 |
| | 33 _____ 麻薬、薬物依存症、あるいはアルコール依存症になったことがある。 |

※ ここに記入した情報は私の知る限りにおいて真実であり、正確であることを誓います。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 月 日

未成年者の場合は、親権者または保護者の署名 _____ 日付 _____ 年 月 日

