

あとばぼダイビングサービス・ファンダイビング参加申込書

記載日(西暦) _____年____月____日

■氏名: _____ 男 : 女 ■生年月日(西暦) _____年____月____日
フリガナ: _____ ■血液型: _____型

■住所: 〒 _____ ■電話番号: _____

■緊急連絡先(同行者を除く): 氏名 _____ 電話 _____ 続柄 _____

■認定指導団体名: _____ ■認定レベル: _____ ■経験本数: _____本 ■ダイビング歴: _____年

■前回ダイビングは、いつ? _____年____月____日 ■大島での宿泊先: _____

■高圧ガス周知文書をご確認いただけましたか? はい : いいえ *説明者:あとばぼDS/今関真二郎

健康診断質問表

下記の病気や症状をお持ちの方は、医師の許可なくファンダイビングに参加することが出来ません。

- 鼓膜せん孔 ●メニエール病 ●中耳炎 ●慢性副鼻腔炎(蓄膿症) ●鼻腔閉塞(鼻ポリープ・鼻中隔湾曲) ●花粉症
 - 歯に補填物による空洞や適合していない義歯がある ●内因性の気管支喘息 ●自然気胸 ●肺気腫 ●結核
 - 肺に空洞が残った結核 ●喫煙による気管支の炎症 ●急性呼吸器感染(風邪・肺炎・気管支炎) ●不整脈 ●弁膜症 ●冠動脈疾患
 - 心筋症 ●高血圧 ●精神症 ●アルコール中毒 ●神経痛 ●てんかん ●神経疾患 ●偏頭痛 ●関節炎 ●筋肉炎 ●関節リウマチ
 - 頭部外傷後のけいれん発作・脳波異常 ●脳卒中(脳内出血・脳梗塞・くも膜下出血) ●胃・十二指腸潰瘍 ●肝炎 ●膵炎 ●糖尿病
 - 甲状腺疾患(内服で調整不可能なもの) ●緑内障 ●結膜炎 ●対麻痺 ●極度の肥満 ●妊娠 ●閉所、高所、開けた場所などの恐怖症
 - 乗り物酔い、船酔いがひどい ●飛行機に乗った時、または車で峠を超えた時、耳や副鼻腔の圧平衡がとれずに痛みを感じる
- 上記以外の病気をお持ちの場合は、記入してください。 _____

私は、上記に該当する病気や症状はありません。

本人署名: _____ 日付(西暦) _____年____月____日

保護者署名(未成年の場合): _____ 日付(西暦) _____年____月____日

ファンダイビング危険告知の内容確認をしてください。

私(氏名 _____)は、安全なダイビング方法について訓練を受けた認定ダイバーでありダイビングには重傷、または死につながる可能性のある固有のリスクが存在する事を承知しています。圧縮空気を使用するダイビングには、減圧症・塞栓症・その他の高圧障害及び気体膨張による外傷など、再圧チャンバーでの治療が必要となる固有の危険がある事を理解しており、大島には再圧治療を行える医療機関がない事も承知しています。私は、ダイビングのルールを守る事・バディーシステムを守る事・グループから離れない事・指示されたダイブプランに沿って実際にダイビングをする事・ダイビングガイドの指示に従う事・自己の健康管理に責任を持つ事・自らダイビング器材を点検、器材が正常に機能している事を確認して使用する事などの安全なダイビングに必要な行動をとります。

危険告知の理解をされた方は、署名をしてください。

私は、危険告知の内容を確認し、私の故意又は過失により主催者の安全に基づく指示に従わない、勝手な行動をする事で私自身・参加者・主催者に危険を招き事故につながる場合もある事を理解しました。

本人署名: _____ 日付(西暦) _____年____月____日

保護者署名(未成年の場合): _____ 日付(西暦) _____年____月____日

ファンダイビング開始時の確認

参加者は、参加日の当日に、確認事項の該当する方に○印をしてください。

参加日	月	日	月	日	月	日
睡眠時間は、充分である	YES	NO	YES	NO	YES	NO
酒気を帯びていません	YES	NO	YES	NO	YES	NO
健康状態は良好です	YES	NO	YES	NO	YES	NO
薬物は服用していません	YES	NO	YES	NO	YES	NO
本日の参加を希望します	YES	NO	YES	NO	YES	NO
本人署名欄						