

# あとぱぼダイビングサービス・体験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 \_\_\_\_\_

■体験ダイビングの経験は？ ある：なし \*ある方は、いつ頃？ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

■視力は？ 裸眼でOK：メガネ使用：コンタクト使用

■大島での宿泊先：\_\_\_\_\_

## 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 ●対麻疹 ●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

## 体験ダイビングに関する確認事項

私(氏名：\_\_\_\_\_ )は、体験ダイビングを行う前のダイビングの説明書をよく理解して必ず指示に従う行動をとるようにします。定められた水中行動の限界を超える事、水中行動の方法を間違える事、ルールを犯す事、スタッフの指示を守らない事、ご自身の健康状態が不備である事などに起因する危険性が存在する事を了解しておりこのような事がないように行動いたします。私は、ダイビングを行うには健康で当日の体調が良好で十分な運動能力が必要であることを了解しています。もし、私が未成年である時は、私の保護者がこの書類に署名いたします。以上、確認事項の内容を了承した場合のみ、ご自分で署名をお願いいたします。

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

## 体験ダイビング開始時の確認

ご本人が参加日・当日に確認事項の該当する方に○印をして署名をしてください。

体験ダイビング参加日	月	日	月	日
睡眠時間は、充分である	YES	NO	YES	NO
酒気を帯びていません	YES	NO	YES	NO
健康状態は、良好です	YES	NO	YES	NO
薬物を服用していません	YES	NO	YES	NO
本日の参加を希望します	YES	NO	YES	NO
<b>本人署名欄</b>				