

【ダイビングツアー参加申込書】

この度はJ-TRIPツアーをご利用頂き、誠にありがとうございます。ツアーにご参加の前に必ず下記をご確認下さい。

ツアー催行にあたって、【ダイビングツアー参加申込書】【PADI 病歴診断書】を送付しております。
ご面倒でも必ずご確認の上、ツアー参加者ご本人様をご記入下さいます様、お願い致します。

また、過去に大病の病歴がある方、持病をお持ちの方、薬を常用している方等は、医師による診断書が必要になる場合がございます。
お心当たりのある方は、事前にダイビングショップへご連絡をお願い致します。

必要書面(計 3枚)はご記入後、下記記載のダイビングショップへ直接FAXをお送り下さい。(※弊社への返信は不要です)
また、ツアー前日までにダイビングショップからご連絡が入る場合がございます。

【参加申込書について】

・ファンダイビング・体験ダイビングにご参加の方は、住所をご記入頂かなくて結構です。

【PADI 病歴診断書について】

※質問表はあくまでも目安になります。

※3枚目の【医師記入欄】は、現在掛かりつけの医者や過去に大病の病歴等がなければ無記入で結構です。

※60歳以上の方はご出発前に3枚目【医師記入欄】を必ず医師にご記入頂いた上、ショップへFAXして頂き、当日は原本をご持参ください。

医師による診断の内容により、ダイビングツアーへのご参加をお断りする場合がございます。

【その他】

※ライセンス取得コースの方は、顔写真(4cm×3cm)2枚を現地にご持参下さい。

※ファンダイブ・アドバンス講習にご参加のお客様は、ライセンスカードとログブックを現地にご持参下さい。

【利用ショップ】 アイランドメッセージ (TEL : 098-936-8292 FAX : 098-936-4140)

【参加ツアー】 ファンダイブ 体験ダイビング ライセンス講習

【ダイビング実施日】	_____年 _____月 _____日～ _____日間
【ライセンス取得団体名】(※ライセンスをお持ちの方)	PADI・NAUI・その他 (_____)
【最終ダイビング実施日】(※ライセンスをお持ちの方)	_____年 _____月 _____日
【ダイビング経験本数】(※ライセンスをお持ちの方)	_____本

代表者名(フリガナ)			
参加者氏名(フリガナ)		年齢 (_____)	
携帯番号			
住所 ※ライセンス講習の方			
レンタル器材の有無	なし・あり ※ありの方は下記をご記入下さい。		
レンタル器材: フルレンタル・BC・レギュレーター・ウェットスーツ・3点セット(マスク・フィン・ブーツ)			
身長	_____ cm	体重	_____ kg
足のサイズ	_____ cm		
視力	右 (_____)	左 (_____)	度付マスク 要・不要
【その他連絡事項】 例)過去の病歴、持病の有無、常用薬の有無など			



PADI 病歴 / 診断書

(MEDICAL STATEMENT)

コース参加者記録(重要部外秘情報)

署名する前によく読んでください。

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蔵すること、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、確認するためのものです。スクーバ・ダイビング・プログラムに参加するには、あなたの署名が必要です。

インストラクター名: _____

ストア名: _____

住所:〒 _____

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。この声明書には病気にする質問があります。未成年者の場合には親権者、または保護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はダイビングは比較的 안전한スポーツです。

しかし、安全手順に従わないときには、危険が増す場合があります。

スクーバを安全に楽しむには、極端なオーバーウェイトであったり、コンディションを軽視すべきではありません。ダイビングはそのときのコンディションにたいしては、非常に激しい活動にもなます。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なく、健康であることが必要です。冠動脈性の心臓の疾患、現在カゼをひいていた、うつ血、てんかん、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、ぜんそく、心臓の疾患、その他の慢性的な病状がある人、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と終了後も定期的に、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びます。スクーバ器材の誤った使い方は、大きな障害につながる場合があります。正式な資格をもつインストラクターの直接の指導のもとで、器材の安全な使い方のすべてを学ばなければなりません。

この病歴 / 診断書について質問があるときには、署名をする前にインストラクターとともにもう一度検討してください。

病気にする質問表

参加者の皆様へ:

この質問表は、リクリエーション・スクーバ・ダイビングに参加される前に、医師の診断を受けるべきかを判断するためのものです。あなたが以下の各質問にYesと答えたからといって、ダイビングをする資格がないことを意味するわけではありません。あなたのダイビング時の安全性を阻害させる条件を判断させ、スクーバ・ダイビングに参加する前に医師からのアドバイスを必要とすることを意味します。

- 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。
- 現在処方せんによる投薬を受けている(避妊薬、マラリア予防薬は除く)。
- 45歳以上の方で、以下の項目が1つ以上あてはまる。
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方がいる。
現在診療を受けている。
高血圧である。
食事療法で調整しているが糖尿病である。

以前に以下の病気ににかかったことがある、または現在かかっていますか?

- 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が起きる、または起きたことがあった。
- 花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。
- カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。
- 何らかの肺の病気に(肺炎など)がある、またはなつたことがある。
- 気胸がある、またはなつたことがある。
- その他の肺の病気がある、またはなつたことがある。もしくは肺(胸部)の手術を受けたことがある。
- 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなつたことがある(不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。
- 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。
- 複雑型偏頭痛を繰り返して起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。

あなたの過去と現在の健康状態に関して、以下の質問にYesまたはNoで答えてください。回答が不明の場合は、安全を記してYesと答えてください。Yesの場合には、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師と相談していただかなければなりません。

- 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う)。
- 乗り物酔いがよくある、または乗り物酔いが激しくある(船酔いや車酔いなど)。
- 赤痢または脱水症状で治療が必要である。
- 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなつたことがある。
- 中等度の運動ができない(例えば、約1.6キロの距離を12分以内で歩くことができない)。
- 過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があつた。
- 腰痛を繰り返して起こす。
- 腰部または背骨の手術を受けている。
- 糖尿病である、またはなつたことがある。
- 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。
- 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしてつた。
- 心臓疾患にかかっている、またはわずらつてつた。
- 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。
- 狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。
- 副鼻腔の手術を受けている。
- 耳の病気に(手術を受けた)り、聴覚障害、平衡感覚障害である。
- 耳の病気を繰り返して起こす、または起こしてつた。
- 出血やその他の血液障害がある、またはあつた。
- ヘルニアにかかっている、またはわずらつてつたことがある。
- 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。
- 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。
- 過去5年間に娯楽で麻薬を使用したり、治療のために麻薬を用つた、またはアルコール依存症になつたことがある。

私の病歴について、上記の情報は、私の知るかぎり間違いはありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかつた場合、記載漏れの事項に関する責任を負うことに同意します。

参加者署名	日付	未成年者の場合は、親権者または保護者の署名	日付
-------	----	-----------------------	----

参加者記入欄

楷書で記入してください

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

住所 _____

自宅電話 _____ 勤務先電話 _____

Eメール _____ FAX _____

あなたのホーム・ドクターあるいは主治医の住所と氏名

医師名 _____ 診療所 / 病院名 _____

住所 _____

電話 _____

最後に受けた健康診断の日付 _____

診断した医師 _____ 診断書 / 病院名 _____

住所 _____

電話 _____ Eメール _____

ダイビングのための健康診断を受けたことがありますか？ YES NO YESであればいつ？ _____

医師記入欄

上記の人はスクーバ（圧縮空気呼吸装置）によるダイビング・トレーニングに参加を申し込んでいます。この書類は参加申込者の体調がスクーバ・ダイビングに適した健康状態であるかどうかをお尋ねするものです。

医師による診断

ダイビングに不適格であると考えられるような、医学的な障害は見受けられません。

ダイビングをすることはすすめられません。

所見 _____

日付 _____

医師あるいは医師の法定代理人の署名

年 / 月 / 日

医師名 _____ 診療所 / 病院名 _____

電話 _____ Eメール _____