

## 【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、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メールかFAXでお送り下さい。(※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、住所は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、ショップへメールかFAXをして頂き、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】 シーフレンズ (TEL:0980-82-0863 FAX:0980-82-2818 email:info@sea-friends.net)

【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

【ダイビング実地日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間

【ダイビング履歴】(※ライセンスをお持ちの方のみ記入)

- ① ライセンス取得指導団体名 PADI・SSI・STARS・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ② ダイバーレベル スクーバ・オープンウォーター・アドバンス・レスキュー・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ ダイビング経験本数 \_\_\_\_\_ 本
- ④ 最終ダイビング実地日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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	必要・不要 ※必要な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			



# 病歴／診断書 — 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。また、スクーバ・トレーニング・プログラム受講中に健康状態などに変化が生じた場合は、ただちにインストラクターにその旨を伝えてください。

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に関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安全なスポーツです。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しだいでは、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り、うっ血、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。

## 病気にに関する質問表

### 参加者の皆様へ：

この質問表は、レクリエーション・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。

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。担当インストラクターが、医師へ持参する病歴／診断書とレクリエーション・スクーバ・ダイバーの健康診断ガイドラインをお渡しします。

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。  | <input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなったことがある。  | <input type="checkbox"/> 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。                              |
| <input type="checkbox"/> 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)。  | <input type="checkbox"/> その他の肺の病気が、またはなったことがある。もしくは肺 (胸部) の手術を受けたことがある。            | <input type="checkbox"/> 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、またはしていた。           |
| <input type="checkbox"/> 45 歳以上の方で、以下の項目が 1 つ以上あてはまる。<br>・パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。<br>・現在診療を受けている。<br>・コレステロール値レベルが高い。<br>・高血圧である。<br>・家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。<br>・食事療法で調整しているが糖尿病である。 | <input type="checkbox"/> 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなったことがある (不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)。 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患にかかっている、またはわずらっている。                                |
|   | <input type="checkbox"/> 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。                    | <input type="checkbox"/> 心臓発作がおきる、またはおきたことがある。                                  |
|   | <input type="checkbox"/> 複雑型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。                      | <input type="checkbox"/> 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                           |
|   | <input type="checkbox"/> 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)。                        | <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術を受けている。  |
|   | <input type="checkbox"/> 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)。                    | <input type="checkbox"/> 耳の病気が手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害である。                           |
|   | <input type="checkbox"/> 赤痢または脱水症状で治療が必要である。                                       | <input type="checkbox"/> 耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。                                |
|   | <input type="checkbox"/> 何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなったことがある。                           | <input type="checkbox"/> 出血やその他の血液障害がある、またはあった。                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 中等度の運動ができない (例えば、約 16 キロの距離を 12 分以内で歩くことができない)。           | <input type="checkbox"/> ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。                           |
|   | <input type="checkbox"/> 過去 5 年間に、意識を失う頭部の損傷があった。                                  | <input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。                                   |
|   | <input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返し起こす。   | <input type="checkbox"/> 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。                                   |
|   | <input type="checkbox"/> 腰部または背骨の手術を受けている。   | <input type="checkbox"/> 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いた、またはアルコール依存症になったことがある。 |
|   | <input type="checkbox"/> 糖尿病である、またはなったことがある。                                       |   |

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。スクーバ・プログラム受講中に私の病歴に何らかの変化が生じた場合、私はそのすべてについて、インストラクターに伝える義務があることを確認します。私は現在あるいは過去の健康状態、あるいはいかなる健康状態の変化も明らかにしなかった場合、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 (年/月/日) \_\_\_\_\_

親権者もしくは保護者署名 \_\_\_\_\_ 日付 (年/月/日) \_\_\_\_\_

## 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日付

年／月／日

医師名 \_\_\_\_\_ 診療所／病院名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ Eメール \_\_\_\_\_