

# 有限会社ナビー マリン体験学習（シュノーケル） 確認書

参加者氏名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_  
自宅電話 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 満 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 足のサイズ \_\_\_\_\_ cm 視力(裸眼)右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_

## ◆良く読んでから署名して下さい。

私共(親権者) ※ \_\_\_\_\_ / (参加される方のお名前) ※ \_\_\_\_\_ は、  
有限会社ナビーにより、提供されるシュノーケルスクールについての説明を受け、内容を十分に理解したうえで参加する事を承諾致します。

私共(親権者及び参加者)は、シュノーケルスクールに参加させる/参加するにあたり、このシュノーケルスクールが海やプールなどの水域で実施される事を理解しています。従って安全の為にインストラクターの指示に従う事に同意致します。

私共は、このシュノーケルスクールがスポーツであり、参加する為には健康ではなくてはならない事を知っています。特にてんかん、発作系及び循環器系の障害はなく、今までの病歴に関しては全てインストラクターに説明し、もし不明な点、インストラクターの指示があった場合には、参加者が医師の診断を受ける事に同意致します。さらに、現在薬剤の服用の有無の申告、体調の良い健康な状態である事が参加する条件である事を知っています。

私共は、自分自身で危険を避ける努力をし、指導員の指示に従わず仮に最悪の事態などになっても、自分の責任である事を了承しています。

## 【 病 歴 書 】

### ◆この病歴書はシュノーケルスクールに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断する為の物です。

- |                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 1. 現在うっ血している                    | (はい・いいえ) |
| 2. 感染症にかかっている                   | (はい・いいえ) |
| 3. 発作、めまい、てんかん、失神の既往症がある        | (はい・いいえ) |
| 4. 心臓病の既往症がある(心臓血管系疾患、狭心症、心臓発作) | (はい・いいえ) |
| 5. 呼吸器系疾患の既往症がある(喘息、肺気腫、結核)     | (はい・いいえ) |
| 6. 現在、医師からの投薬を受けている             | (はい・いいえ) |
| 7. 最近手術を受けた事がある                 | (はい・いいえ) |
| 8. 現在、医師のもとに通院している              | (はい・いいえ) |

1~4に○のある方は医師の診断書が必要です！※診断書が無い場合は参加出来ません。

5~8に○のある方は下記医師記入欄を使用し、医師の診断を受けて下さい。

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、正確である事を誓います。

学校名 \_\_\_\_\_ 年 組 番 \_\_\_\_\_  
※参加者署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_  
※親権者署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ※ 印 \_\_\_\_\_ ※の署名・捺印が無い場合は参加出来ません。

## ★医師記入欄

上記の人はシュノーケルスクール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シュノーケルスクールに適した状態であるかどうかをお尋ねしているものです。

### 医師による診断

- シュノーケルスクールに不適格と考えられるような、医学的障害は見受けられません  
 シュノーケルスクールをする事は勧められません。 ※該当するものにチェックをして下さい。  
所見 \_\_\_\_\_

## ※医師あるいは医師の法定代理人の署名

◆この病歴書は、個人情報を守る為目的以外での使用は致しません。

〒904-0411 沖縄県国頭郡恩納村字恩納 419-4  
有限会社ナビー