

# 参加者プロフィール

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
現住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_  
緊急時連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
経験本数 \_\_\_\_\_ 本 ダイビング歴 \_\_\_\_\_ 年 指導団体名 \_\_\_\_\_ ライセンス No. \_\_\_\_\_  
ご要望、リクエスト（ポイント）など \_\_\_\_\_

## <病歴書>

当てはまる事項の枠にチェックをしてください。

チェック項目に該当する場合はインストラクターと相談してください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 現在、中耳炎にかかっている                       | <input type="checkbox"/> 現在、糖尿病である。または糖尿病になったことがある            |
| <input type="checkbox"/> 今までに耳の病気をしたことがある                    | <input type="checkbox"/> 出血が止まりにくい病気、または他の血液の病気になったことがある      |
| <input type="checkbox"/> 耳や副鼻腔の手術をうけたことがある                   | <input type="checkbox"/> 気を失ったり、痙攣が起きたり、てんかんの病歴がある            |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪を引いていたり、鼻づまりしている               | <input type="checkbox"/> ケガ、骨折、手術などで現在も背中や足や腕に後遺症が残っている       |
| <input type="checkbox"/> 今まで呼吸器系の病気、重度の花粉症アレルギー、肺の病気をしたことがある | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症、開所恐怖症の病歴やパニック発作になったことがある       |
| <input type="checkbox"/> 現在、活動性のある喘息がある。または肺気腫結核になったことがある    | <input type="checkbox"/> 心臓病や心臓発作の病歴がある。または心臓や血管系の手術を受けたことがある |
| <input type="checkbox"/> 現在、運動能力や精神面に影響が起りえる薬を服用している         | <input type="checkbox"/> 今までに高血圧症または狭心症になったことがある              |
| <input type="checkbox"/> 普段の行動に影響を与えるような健康上や精神上的の問題がある       | <input type="checkbox"/> 本日、飛行機に搭乗する                          |
| <input type="checkbox"/> 結腸（大腸）切除の手術を受けたことがある                | <input type="checkbox"/> 現在、アルコールが体内に残っている状態である               |
| <input type="checkbox"/> 現在、妊娠している。もしくはその可能性がある              |   |

私は、この危険の告知書が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、また私の病歴について上記の情報は間違いなく、この危険の告知書と病歴の内容を確認して署名いたします。

私が未成年の場合は、私の親権者と共に署名いたします。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当者サイン \_\_\_\_\_ 備考 \_\_\_\_\_

# シーフォックスファンダイビング免責同意書

## <危険の告知書>

※内容を良く確認して署名をしてください。

私（参加させる方のお名前）※ \_\_\_\_\_ /（親権者） \_\_\_\_\_ は、私が認定ダイバーであり、スキンドайビング及びスクーバダイビングが重い障害や死亡に至る危険性を伴うことを承知していることをここに確認します。

私は、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による障害などの一定の危険が伴い再圧チャンバーにおける治療を必要とする障害が生ずる可能性があることも理解しています。

また再圧チャンバーのある場所から時間、距離的にも遠く離れた場所でのダイビングが実施される可能性があることも理解したうえでファンダイビングに参加いたします。

私は、私が心身ともにダイビングに適した健全な状態であり、ダイビングをするにあたって好ましくない健康状態であったり、アルコールや薬物の摂取の影響下でないことをここに宣言します。医薬品を服用している場合は医師と相談した上で医薬品の影響下でダイビングをすることについて承認をもらっていることをここに宣言します。

私はスキンドайビングとスクーバダイビングが肉体的に激しい活動でありダイビングには相当な体力を使う事を理解しています。また心臓発作、パニック、水死その他による障害を受けた場合には、私が上記明文によりその障害の危険を引き受け、免責当事者にその責任を負わせないことをここに了承します。私はダイビング前に使用する器材一式を点検し適切に機能しない場合はそのことをガイドダイバー及び、シーフォックス（株式会社エムズ）に通知します。私が器材の点検を行わず事故、障害、損害、死亡などのリスクは自分自身で責任を負うことをここに宣言いたします。私はここに記載されている条件が契約であり単に注意書きにとどまるものではない事を理解しており、この文章に署名することにより、ダイビング中に何らかの障害、死亡またはその他の障害が生じた場合も、シーフォックス（株式会社エムズ）その関連会社および子会社、それらそれぞれの従業員、役員、代理人、契約者もしくは譲受人、また担当ガイドダイバーに過失が存した場合、いかなる形においてもその賠償責任を問わないことをここに約束いたします。

私はさらに、成年に達しており、この免責同意書に署名する資格があるか、または私の親権者、保護者の文書による同意を得ています、未成年の場合は私の親権者から同意を受けていることをここに宣言します。

私は、この文章をよく読み、内容を十分に理解した上で署名いたします。

私が未成年の場合は、私の親権者と共に署名します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日