

シーフォックス オーシャンウォーク 確認書

参加者のプロフィール

フリガナ

氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

現住所: 〒 _____

電話番号: _____

緊急の連絡先:(勤務先等) _____

氏名: _____ 本人との関係: _____ 電話番号: _____

< 病歴書 >

【はい】に○のある方はインストラクターと相談し、参加をご遠慮して頂く場合もあります！！

- | | |
|----------------------------------|------------|
| 1. 現在風邪ひいている、または鼻がつまっている。 | (はい・いいえ) |
| 2. 現在うっ血している。 | (はい・いいえ) |
| 3. サイナス(副鼻腔)の病歴がある。 | (はい・いいえ) |
| 4. 耳の病歴がありますか。 | (はい・いいえ) |
| 5. 発作、めまい、失神の既往症がある。 | (はい・いいえ) |
| 6. 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) |
| 7. 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) |
| 8. 現在、投薬を受けている。 | (はい・いいえ) |
| 9. 最近手術を受けた事がある。 | (はい・いいえ) |
| 10. 妊娠をしている、もしくはその可能性がある。 | (はい・いいえ) |
| 11. 閉所恐怖症である。 | (はい・いいえ) |
| 12. アレルギーがある。 | (はい・いいえ) |
| 13. 現在、医師のもとに通院している。 | (はい・いいえ) |
| 14. 本日、飛行機に搭乗する予定がある。 | (はい・いいえ) |

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、正確であることを誓います。

◆良く読んでから署名してください。

私(参加される方のお名前) ※ _____ / (親権者名) ※ _____ は、
シーフォックス(株式会社エムズ)により、提供されるオーシャンウォーク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ことを承諾いたします。

また、オーシャンウォークでは、医療施設から遠い環境の海域で実施される場合があることを理解した上で、このプログラムに参加することに同意します。このプログラムに参加した結果として、私に関連する環境および条件等についても、このプログラムの提供に関係する者の判断及び指示を尊重し従います。

また指示に従わず発生する事態あるいは不測の事態から私自身に生じる可能性のある障害その他の損害のすべてについて、私自身が責任を負うとともに、健康管理など細心の注意をはらって参加します。

私は、このプログラムを提供するシーフォックス(株式会社エムズ)、又は同所属のインストラクターに対して、私が同インストラクターの指示に従わなかったこと又は私の重大な過失によって私が被った損害については、同インストラクターに過失が存在した場合においても、問わないことを約束します。

※ 参加者署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 親権者署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆この病歴書等は、個人情報を守る為、目的以外での使用は致しません。