



アリゼ 体験ダイビング参加に関する誓約書

氏名(ローマ字) : 生年月日 :年.....月.....日 出生地 :
ヌメアの滞在先(ホテル名) : 部屋番号 :
現住所 :
TEL : E-Mail :
緊急連絡先 TEL : 帰国日 :月.....日 (成田/関西/その他)

私は、ダイビングの傷害保険に加入しています。 : はい。 保険会社名を記入してください :
いいえ。 ただし、私は傷害保険加入が可能であることとその有用性について認識しています。

健康問診票 :

私は現在下記の症状を有している、または過去に有したことがあります。(該当する症状に印をつけてください)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人格障害・神経障害(ノイローゼ) | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 癲癇(てんかん)発作 | <input type="checkbox"/> 血管奇形 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 慢性喘息 | <input type="checkbox"/> 肺気腫 |
| <input type="checkbox"/> 気胸症 | <input type="checkbox"/> 頻脈 (100 を超える) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 狭心症 または心筋梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> ペースメーカー使用 |
| <input type="checkbox"/> 最近外科手術をした | <input type="checkbox"/> 潜水事故を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> ヘルニア | <input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群 |
| <input type="checkbox"/> 網膜剥離 | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> 強度近視 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 |
| <input type="checkbox"/> 鼓膜穿孔 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 |
| <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 記憶障害を伴う外傷性脳損傷 | <input type="checkbox"/> 現在妊娠中 |

・上記以外の症状がある場合は、その病名を記入してください。 :

・アスピリンやその他に対するアレルギーがある場合は、詳細を記入してください。 :

・心臓疾患、血管疾患、脳疾患、呼吸器疾患等の全ての病歴(現在、過去を問わず)、そして、薬、アルコール、麻薬を常用している場合は必ずその旨を申告しなければなりません。あなたはこれに該当しますか?

はい いいえ

私は、上記の内容が正しく、自分の知る限りにおいて、私がこの健康問診票に記載されているどの症状にも当てはまらないことを宣言します。このリストは目安であり、記載された症状のみに限定されたものではありません。

上記の症状にひとつでも該当する場合は、当センターでスキューバダイビングをするための医師の健康診断証明書が必要となります。全ての場合において、ダイビング許可は当ダイビングセンター責任者の判断に委ねられます。

私は、メディカルチェック及びスキューバダイビング実施における禁忌調査に関して、当ダイビングセンター (NAUTAC ALIZE) がその責務を遂行したことを認めます。

私はダイビング実施における各種の危険性を十分に認識し、本人同意の下に参加することを認めます。

参加者署名 : 日付 :年.....月.....日

センター責任者の承認 : 日付 :年.....月.....日

原本確認済 : 身分証明書 :