

## ご参加いただけない方

安全上、下記に該当するお客様のご参加をご遠慮いただいております。  
大変申し訳ございませんが予めご了承くださいませ。

- ・ ご妊娠中の方

※安定期初期の方は要相談で体験可能

- ・ 飲酒、二日酔いの方

- ・ ペースメーカー、心臓疾患をお持ちの方

- ・ 呼吸器系疾患（喘息等）をお持ちの方

- ・ 精神疾患（てんかん、認知症、発達障がい、パニック障がい等）をお持ちの方

- ・ お体に不自由がある方

- ・ 糖尿病をお持ちの方

- ・ 聴覚、視覚障がいをお持ちの方のみでのご参加

※ご参加される際は、必ずヘルパーもしくは通訳者同伴の上事前にご相談ください。

- ・ その他の持病、発熱、怪我等のある方は軽度のものでも必ず事前にご相談ください。

## 青の洞窟シュノーケル&滝遊び体験 必要情報

参加される方のお名前、ご年齢、身長、体重、靴のサイズをご記入ください。

※記入されない方はご参加をお断りする場合がございますのでご理解くださいませ。

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 身長 cm 体重 kg 靴のサイズ cm

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 身長 cm 体重 kg 靴のサイズ cm

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 身長 cm 体重 kg 靴のサイズ cm

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 身長 cm 体重 kg 靴のサイズ cm

- ・参加者は別紙にて病歴/診断書の項目もご記入ください。
- ・安全体制で行っておりますが、自然の中での体験ですので怪我や事故など発生するリスクを伴いますのでご承知の方のみご参加御願いたします
- ・事故が発生した場合は加入保険内での対応となります。

## 免責同意書

代表である私は青の洞窟シュノーケル&滝遊び体験参加によって生じた損失・障害について、主催者、または担当インストラクターに対し訴訟しない事を署名し誓約します。  
又は代表である私の相続人・代理人にもこの免責同意書・に拘束される事を確認します。

令和 年 月 日

代表者 氏名

⑩

シュノーケル病歴/診断書

署名する前によくお読みください。

以下の病歴の有無をご確認下さい。

該当する方に○をお付け下さい。

現在妊娠をしている。もしくはその可能性がある	はい いいえ
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)	はい いいえ
過去1年以内に喘息の症状が出たことがある。 また喘息の薬を服用している。	はい いいえ
てんかん、発作、けいれんを起こしたことがある。 また症状を抑える薬を服用している。	はい いいえ
糖尿病である。またはなった事がある。	はい いいえ
高血圧症である。また血圧の薬を服用している。	はい いいえ
何らかの心臓疾患や発作を起こしたことがある。 (心筋梗塞や狭心症等)	はい いいえ
血液・血管の病気がある、またはなった事がある。 (脳梗塞や出血障害等)	はい いいえ
耳の病気がある。(中耳炎等)	はい いいえ
行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある。	はい いいえ
乗り物酔いがある。	はい いいえ
45歳以上の方でコレステロール値レベルが高い。	はい いいえ
現在病院に通院している。	はい いいえ
現在・過去ともに、医師より運動や生活に制限を受けたことがある。	はい いいえ
本日アルコールを摂取した。	はい いいえ

私の病歴について、上記の情報は、私の知る限り間違いありません。

私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、記入漏れの事項に関する責任を負う事に同意します。

参加者署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

親権者署名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

※参加者が未成年の場合は親権者の署名も必要です

## 参加者記入欄

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

## 医師記入欄

上記の人はシュノーケル等を含めた体験アクティビティに参加を申し込んでいます。  
この書類は参加者の体調が体験アクティビティに適した健康状態であるかをお尋ねする  
ものです。

シュノーケルの開催は海洋で行うものになります。その時のコンディション次第では、肉体的に非常に激しい活動になる場合が有ります。

陸上に戻るまでに時間がかかる場合も有ります。また、近くに医療施設がない場所での開催になります。

### 医師による診断

- シュノーケルを含む体験アクティビティに不適格であると考えられるような、  
医学的障害は見受けられません。
- シュノーケルを含む体験アクティビティはすすめられません。

所見 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

病院名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_