GOPHER DIVE　マリン体験参加申込書

参加申込日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	
氏名	男・女	年　月　日(　歳)	
住所	〒 ※DVD送り先	血液型	
自宅TEL		携帯TEL	
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL
GOPHER DIVEを選んだ理由	※該当するものに○印をつけて下さい。 ①　インターネットHP（PC，スマホ）　②　ホテルのカウンター ③　パンフレット　④　GOPHERで体験ダイビング ⑤　紹介【　　様】　⑥　その他【　　】		

ダイビング終了後に、本日の感想をご記入ください(^^♪
ＨＰに掲載させて頂いても良いお名前も忘れずにご記入くださいね♪

◆ニックネーム(ＨＰ掲載名)◆

今後のダイビングについて　□興味なし　□次も体験で　□ライセンスを取りたい

≪スタッフ記入欄≫

コース名	開催地	開始時間	担当者	その他
A 1ダイブ	真栄田	9：00		カメラNo.
B 2ダイブ	北谷	12：00		料金￥
C　1+スノ	崎本部	13：30		写真　ＮＧ　／水中
D ボート	慶良間	15：00		DVD発送日
				発送者

病　歴　書

ご参加の皆様へ：この病歴書は、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断するためのものです。以下の各質問に「はい」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格がまったくないということを意味する訳ではありません。「はい」という回答があった場合、ダイビングをする時の安全性を阻む要因を明かにし、医師の助言が必要であることを意味します。あなたの過去と現在の病歴について、以下の質問に「はい」または「いいえ」でお答え下さい（「はい」の場合はYes、「いいえ」の場合はNoとご記入下さい）。どう答えてよいのか判断がつかない時は、安全を期して「はい：Yes」とご記入下さい。「はい：Yes」と記入した箇所がある場合は、このプログラムに参加する前に、医師の診断書をご提出いただかなくてはなりません。

_____ 現在、耳の炎症（中耳炎や外耳炎）がありますか？
_____ 今までに耳の病気をしたことがありますか？また、難聴やめまいの病気になったことがありますか？
_____ 今までに耳、副鼻腔の手術を受けたことがありますか？
_____ 現在、風邪、鼻づまり、副鼻腔炎、気管支炎にかかっていますか？
_____ 今までに呼吸器系の病気、重症の花粉症やアレルギー（眠れない、スギ喘息、ショックなど）、肺の病気にかかったことがありますか？
_____ 今までに気胸になったり、胸部の手術を受けたことがありますか？
_____ 現在、喘息の発作を起こすことがありますか？また、肺気腫、結核にかかったことがありますか？
_____ 現在、運動能力や精神面に影響する薬（眠気が出る薬、精神科の薬など）を服用していますか？
_____ 行動上の問題（多動症、精神障害など）、精神的または身体的な病気、神経系の病気がありますか？
_____ 現在妊娠をしている、またはその可能性がありますか？
_____ あなたは結腸瘻形成術（人工肛門手術）をうけていますか？
_____ 今までに心臓病や心臓発作を起こしたことがありますか？また、心臓や血管系の手術を受けたことがありますか？
_____ 今までに高血圧症、狭心症になったことがありますか？また、現在血圧の治療薬を服用していますか？
_____ 45才以上の方にお聞きします。家系に心臓発作や脳卒中の方がいましたか？
_____ 出血が止まらない病気、その他の血液の病気がありますか？
_____ 糖尿病といわれたことがありますか？
_____ 今までに意識消失、失神、けいれん、てんかんなどの発作を起こしたことがありますか？また、これらの予防薬を服用していますか？
_____ 怪我、骨折、手術などによって、腰や四肢に障害がありますか？
_____ 閉所恐怖症、開所（広場）恐怖症、パニック発作になったことがありますか？

私は、病歴について上記の情報は間違いなく、病歴書の内容のすべてを確認して署名します。
私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名します。

参加者署名＿＿＿＿＿＿＿＿　日付　　年　　月　　日

親権者署名＿＿＿＿＿＿＿＿　日付　　年　　月　　日
（未成年の場合）

担当者署名＿＿＿＿＿＿＿＿　日付　　年　　月　　日