

シーフォックス オーシャンウォーク 参加者プロフィール

氏名 _____ 男・女 _____ 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 _____ 本人との関係 _____
電話番号 _____

<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、参加をご遠慮して頂く場合もあります。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 現在風邪をひいている、または鼻がつまっている。 | <input type="checkbox"/> 現在うっ血している。 |
| <input type="checkbox"/> サイナス（副鼻腔）の病歴がある。 | <input type="checkbox"/> 耳の病歴がありますか。 |
| <input type="checkbox"/> 発作、めまい、失神の既往症がある。 | <input type="checkbox"/> 心臓病の既往症がある。（心臓血管系疾患、狭心症、心臓発作） |
| <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"/> 呼吸器系疾患の既往症がある。（喘息、肺気腫、結核） | <input type="checkbox"/> 最近手術を受けた事がある。 |
| <input type="checkbox"/> 現在、投薬を受けている。 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠をしている、もしくはその可能性がある。 | <input type="checkbox"/> 現在、医師のもとに通院している。 |
| <input type="checkbox"/> アレルギーがある。 | |
| <input type="checkbox"/> 本日、飛行機に搭乗する予定がある。 | |

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。

◆よく読んでから署名して下さい。

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上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事に同意します。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に付いても、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。