

シュノーケリング参加承諾書及び健康調査票

参加承諾書

マリン体験（シュノーケリング）において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的リスクが存在することを認識し、下記の注意事項を遵守し参加することを承諾します。

■参加における注意事項

- 安全講習をよく聞き、理解することに努めます。また、これに基づいた行動を怠りません。
- 参加中は自己の行動に責任を持ち、他参加者の安全を脅かす言動は行いません。
- 安全確保上、各指導員及び関係スタッフの指示が重要であることを認識し、真摯に従います。
- 健康調査票には真実を記入します。また、参加当日まで健康管理には細心の注意を払います。

記入日	年 月 日	▶黒ボールペンでもれなく記入して下さい ▶本人署名は参加者本人、保護者署名は保護者が記入して下さい			
学校名				クラス	年 組
フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名 【本人署名】	年齢 ()				
器材用サイズ記入欄	身長: cm	体重: kg	足: cm	視力: (左) (右)	※0.2以下の度付マスク希望の方のみ記入要
保護者署名・捺印	Ⓜ			緊急連絡先	

※サイズが空欄の場合は器材の準備が出来かねます。必ずご記入下さい。

健康調査票

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状について、あてはまる項目に○印をご記入ください。

「はい」や病名に一つでも○印がある方は、**医師の診断による参加承諾**が必要です（項目6は弊社に問合せ要）。※参加20日前までに、下記「医師の診断による証明書」又は医師の診断書の提出がない場合は、他体験へ振り替えとなります。

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状		該当項目に○印をつけて（または記入）下さい					
1	呼吸器系の病気がある	喘息	気管支炎	肺炎	結核	気胸	その他
2	耳鼻咽喉科系の病気がある	中耳炎	副鼻腔炎 (蓄のう症)	難聴	平衡感覚 の異常		その他
3	循環器系の病気がある	狭心症	不整脈	高血圧	心臓発作		その他
4	糖尿病である	はい			いいえ		
5	パニック障害や過呼吸（過換気）を起こすことがある	はい			いいえ		
6	上記1～5以外の病気や怪我などで治療中である	病名等 ()					
7	意識障害を起こすことがある ※この項目の症状がある場合は医師の診断による参加承諾があっても参加出来ません。	てんかん	ひきつけ	けいれん	発作		その他

※下記は医師の方のみ記入

医師の診断による参加承諾証明書

- マリン体験（シュノーケリング）の参加を【 承諾します ・ 承諾しません 】（※どちらかに○印記入）
- お医者様からの注意事項等記入欄

【		】
年 月 日	医療機関名:	
	医師名:	Ⓜ

沖縄体験ニライカナイ TEL098-964-1616

■この参加承諾書と健康調査票は、個人情報を守るため、今回の目的以外には使用しません。

確認日:

シュノーケリング参加承諾書及び健康調査票

参加承諾書

マリン体験（シュノーケリング）において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的リスクが存在することを認識し、下記の注意事項を遵守し参加することを承諾します。

■参加における注意事項

- 安全講習をよく聞き、理解することに努めます。また、これに基づいた行動を怠りません。
- 参加中は自己の行動に責任を持ち、他参加者の安全を脅かす言動は行いません。
- 安全確保上、各指導員及び関係スタッフの指示が重要であることを認識し、真摯に従います。
- 健康調査票には真実を記入します。また、参加当日まで健康管理には細心の注意を払います。

記入日	2018年4月22日	▶黒ボールペンでもれなく記入して下さい ▶本人署名は参加者本人、保護者署名は保護者が記入して下さい			
学校名	〇〇県立△△△高校	クラス	2年1組		
フリガナ	ヤマダ タロウ	性別	男・女		
氏名 【本人署名】	山田 太郎		年齢 (16)		
器材用サイズ記入欄	身長: 175 cm	体重: 62 kg	足: 27.0 cm	視力: (左) 0.1 (右) 0.05 ※0.2以下の度付マスク希望の方のみ記入要	
保護者署名・捺印	山田 一郎	緊急連絡先	090-****-**** (父携帯)		

※サイズが空欄の場合は器材の準備が出来かねます。必ずご記入下さい。

健康調査票

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状について、あてはまる項目に○印をご記入ください。

「はい」や病名に一つでも○印がある方は、医師の診断による参加承諾が必要です（項目6は弊社に問合せ要）。※参加20日前までに、下記「医師の診断による証明書」又は医師の診断書の提出がない場合は、他体験へ振り替えとなります。

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状	該当項目に○印をつけて（または記入）下さい					
1 呼吸器系の病気がある	<input checked="" type="checkbox"/> 喘息	気管支炎	肺炎	結核	気胸	その他
2 耳鼻咽喉科系の病気がある	中耳炎	副鼻腔炎 (蓄のう症)	難聴	平衡感覚 の異常		その他
3 循環器系の病気がある	狭心症	不整脈	高血圧	心臓発作		その他
4 糖尿病である	はい			いいえ		
5 パニック障害や過呼吸（過換気）を起こすことがある	はい			いいえ		
6 上記1～5以外の病気や怪我などで治療中である	病名等（ ）					
7 意識障害を起こすことがある ※この項目の症状がある場合は医師の診断による参加承諾があっても参加出来ません。	てんかん	ひきつけ	けいれん	発作	その他	

※下記は医師の方のみ記入

注) 保護者の方の記入は不要です

医師の診断による参加承諾証明書

- マリン体験（シュノーケリング）の参加を 承諾します ・ 承諾しません 【 ※どちらかに○印記入】
- お医者様からの注意事項等記入欄

2018年4月28日

医療機関名: 〇〇市立総合病院

医師名: 鈴木 一郎

鈴木 (印)

沖縄体験ニライカナイ TEL098-964-1616

■この参加承諾書と健康調査票は、個人情報を守るため、今回の目的以外には使用しません。

確認日: