

# シーカヤック講習参加健康調査票

この調査票は、現在治療中の疾病や症状について該当する項目がある方のみ提出が必要です。

シーカヤック講習において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的风险が存在することを認識し、下記の注意事項を遵守し、**医師の参加承諾書を添えて**、健康調査票を提出いたします。

## ■参加における注意事項

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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が記入して下さい	
学校名		クラス	年 組
フリガナ			
氏名 【本人署名】	年齢 ( )	性別	男 ・ 女

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状について、あてはまる項目の右欄に○印をご記入ください。  
○印について、**医師の診断による参加承諾**が必要です。※参加30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）疾病や症状 ※ [ ] の病名に○印して下さい	該当に○印
1	喘息の病気がある	
2	循環器系 [狭心症・不整脈・高血圧・心臓発作等] の病気がある	
3	糖尿病でインスリン治療をしている	
4	てんかん、ひきつけ、けいれん、発作等の意識障害を起こすことがある	
5	パニック障害や心疾患を起こすことがある	
6	アトピー性皮膚炎で薬を服用している<眠気、脱力感などの副作用がある>	
7	極度の皮膚炎である ※海水に触れると痛い	
8	骨折治療中である ※自力で歩行と漕げる方のみ参加可能です。ギブスは、濡れても [OK] ・ [NG]	

※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

1. シーカヤック講習の参加を【承諾します ・ 承諾しません】（※どちらかに○印して下さい）
2. 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：	印

沖縄体験ニライカナイ TEL098-964-1616

■この健康調査票は、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：

**記入見本**

**シーカヤック講習参加健康調査票**

シーカヤック講習において、自然環境下では指導員の注意義務を超える潜在的风险が存在することを認識し、下記の注意事項を遵守し、**医師の参加承諾書を添えて**、健康調査票を提出いたします。

■参加における注意事項

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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12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		

現在治療中（通院・薬の服用）の疾病や症状について、あてはまる項目の右欄に○印をご記入ください。○印について、**医師の診断による参加承諾**が必要です。※参加30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）疾病や症状 ※ [ ] の病名に○印して下さい	該当に○印
1	喘息の病気がある	
2	循環器系 [ 狭心症・ <b>不整脈</b> ・高血圧・心臓発作等 ] の病気がある	○
3	糖尿病でインスリン治療をしている	
4	てんかん、ひきつけ、けいれん、発作等の意識障害を起こすことがある	
5	パニック障害や心疾患を起こすことがある	
6	アトピー性皮膚炎で薬を服用している<眠気、脱力感などの副作用がある>	
7	極度の皮膚炎である ※海水に触れると痛い	
8	骨折治療中である ※自力で歩行と漕げる方のみ参加可能です。ギブスは、濡れても [OK]・[NG]	

※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**

1. シーカヤック講習の参加を **承諾します**・承諾しません】（※どちらかに○印して下さい）
2. お医者様からの注意事項等記入欄

【

】

2018年12月25日

医療機関名: 〇〇市立総合病院

医師名: 鈴木 一郎



沖縄体験ニライカナイ TEL098-964-1616

■この健康調査票は、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: