

KUNIE SCUBA CENTERのダイビング参加に関する保護者承諾書

私こと、下記署名の 父 ☐ 母 ☐ その他 ☐（具体的な関係を記入してください）：
氏名： 電話番号：

住所： 緊急連絡先：

は、未成年者である 氏名：_____の法的保護者として、KUNIE SCUBA CENTERが行うスキューバダイビング及び付随するアクティビティに参加することを承諾いたします。

また必要時には、KUNIE SCUBA CENTERの責任者又はインストラクターが私の代理として、医療機関に対し医療行為を許可することに同意します。

健康問診票：

当事者は現在下記の症状を有している、または過去に有したことがあります。（該当する症状に×をつけてください）

- | | |
|---|--|
| ☐ パーソナリティ障害・神経症（ノイローゼ） | ☐ めまい |
| ☐ 癲癇発作 | ☐ 血管奇形 |
| ☐ 脳梗塞 | ☐ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ☐ 慢性喘息 | ☐ 肺気腫 |
| ☐ 気胸症 | ☐ 頻脈（100を超える） |
| ☐ 高血圧症 | ☐ 狭心症 または心筋梗塞 |
| ☐ 不整脈 | ☐ ペースメーカー使用 |
| ☐ 最近外科手術をした | ☐ ダイビング事故を起こしたことがある |
| ☐ ヘルニア | ☐ 過敏性腸症候群 |
| ☐ 網膜剥離 | ☐ 緑内障 |
| ☐ 強度近視 | ☐ 中耳炎 |
| ☐ 鼓膜穿孔 | ☐ 副鼻腔炎 |
| ☐ 坐骨神経痛 | ☐ 糖尿病 |
| ☐ 記憶障害を伴う外傷性脳損傷 | ☐ 現在妊娠中 |

☐ 上記以外の症状がある場合は、その病名を記入してください。：

☐ アスピリンが必要な疾患や、その他に対するアレルギーがある場合は、詳細を記入してください。：

心臓疾患、血管疾患、脳疾患、呼吸器疾患等の全ての病歴（現在、過去を問わず）、そして、薬、アルコール、麻薬を常用している場合は必ずその旨を申告しなければなりません。当事者はこれに該当しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

私は、上記の内容が正しく、自分の知る限りにおいて、当事者がこの健康問診票に記載されているどの症状にも当てはまらないことを宣言します。このリストは目安であり、記載された症状のみに限定されたものではありません。

上記の症状にひとつでも該当する場合は、当センターでスキューバダイビングをするための医師の健康診断証明書が必要となります。全ての場合において、ダイビング許可は当ダイビングセンター責任者の判断に委ねられます。

私は、メディカルチェック及びスキューバダイビング実施における禁忌調査に関して、当ダイビングセンター（KUNIE SCUBA CENTER）がその責務を遂行したことを認めます。

当事者は、ダイビングの傷害保険に加入していますか？：

☐ はい。 保険会社名を記入してください：

☐ いいえ。 ただし、私は傷害保険加入が可能であることとその有用性について認識しています。

私はダイビング実施における各種の危険性を十分に認識し、上記未成年当事者を同意のもとに参加させることを認めます。

日付： ダイビングセンター責任者の承認：

署名：

ダイビングセンター責任者記入欄（FUNダイビングの場合）：

認定レベル： 経験ダイブ本数： 最後に潜った日：

認定機関名： 取得年月日：

認定証を発行したクラブ名と場所（最後に取得した認定証）：