



アリゼ 体験ダイビング参加に関する誓約書

氏名(ローマ字) : _____ 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 出生地 : _____
ヌメアの滞在先(ホテル名) : _____ 部屋番号 : _____
現住所 : _____
TEL : _____ E-Mail : _____
緊急連絡先 TEL : _____ 帰国日 : _____ 月 _____ 日 (成田/関西/その他)

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg 足のサイズ : _____ cm
※器材の準備がございますのでご記入下さい。

私は、ダイビングの傷害保険に加入しています。 : ☐ 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。

健康問診票 :

私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。(該当する症状に印をつけてください)

- | | |
|---|---|
| ☐ 人格障害・神経障害(ノイローゼ) | ☐ めまい |
| ☐ 癲癇(てんかん)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 | ☐ 潜水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。あなた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、私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 (NAUTAC ALIZE) がその責務を遂行したことを認めます。

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、本人同意の下に参加することを認めます。

参加者署名 : _____ 日付 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

センター責任者の承認 : _____ 日付 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

原本確認済 : _____ 身分証明書 : _____