

【 体験ダイビング・シュノーケル 参加登録書 】

コース名【半日体験ダイビング・1日体験・シュノーケル&体験ダイビング・シュノーケル 2019年 月 日 9:00 12:00 14:00】

お客様について

フリガナ	
お名前	男性・女性
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
TEL	
写真の受取り方	★写真は基本的にLINEアプリで送らせて頂きます(^^♪ 体験後、スタッフのLINEのQRコード読み取り、 例のようにお名前をお送りください！ 【例：9:00 体験ダイビングのネバ田です★】 ※友達追加をしないと送れない場合がございます。
ご住所	〒
緊急連絡先	(様)
当ショップを知ったきっかけは？	HP・夢島（フリーペーパー）・友人の紹介・口コミ・リピーター 宿泊施設から紹介・アンビュール・じゃらん・アクティピティジャパン オズモール・島内チラシ・るるぶ・その他()
奄美滞在日	月 日() ~ 月 日()
ご宿泊先	
泳ぐのは？ (複数回答OK)	得意・普通・泳げない・怖い・海初めて・海大好き!
体験ダイビング経験は？	初めて!・経験あり!()回 どこで?()
担当	古田・西島・田島・吉田・神馬・森下・直美

病歴書

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠している、またはその疑いがある | <input type="checkbox"/> 5年以内の頭部損傷による意識の喪失 |
| <input type="checkbox"/> 処方箋を使用した、または使用しない治療を定期的に受けている | <input type="checkbox"/> 何らかの心臓疾患の病歴がある。 |
| <input type="checkbox"/> 45歳以上の方で、下記に該当する項目がある
・高血圧 ・コレステロール値が高い ・糖尿病
・家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある | <input type="checkbox"/> 何か心臓に問題がある
(心肥大やその他の問題も含む) |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく、ぜいぜいする、運動すると息が切れる | <input type="checkbox"/> 心臓発作を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 花粉症、アレルギーの発作にたびたびおそわれる | <input type="checkbox"/> 狭心症、心臓血管の手術をした |
| <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎、気管支炎にかかりやすい。 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術をした。 |
| <input type="checkbox"/> 何らかの肺疾患がある | <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴、平衡間の障害
メニエルにかかった事がある |
| <input type="checkbox"/> 気胸である | <input type="checkbox"/> 航空機や登山で、耳の圧平衡
(耳抜き)に問題がある |
| <input type="checkbox"/> 胸部の手術をした。 | <input type="checkbox"/> 重症や不整脈、頻脈がある |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症、高所恐怖症である。 | <input type="checkbox"/> 何らかのヘルニアの病歴 |
| <input type="checkbox"/> 体の一部または全部にマヒがある
(内容:) | <input type="checkbox"/> 潰瘍の病歴または手術歴 |
| <input type="checkbox"/> てんかん、各種の発作、痙攣を起こした事がある | <input type="checkbox"/> 結腸切開手術を受けた、
または人工肛門の形成がある |
| <input type="checkbox"/> 片頭痛によく襲われる。その予防治療を行った。 | <input type="checkbox"/> 5年以内に薬物または
アルコール依存の治療をした。 |
| <input type="checkbox"/> 失神や意識が薄れたことがある。 | <input type="checkbox"/> 手術、ケガ、骨折の後に腰部、
腕、脚の障害がある |
| <input type="checkbox"/> 自閉症、またはコミュニケーションをとりにくい | (内容:) |
| <input type="checkbox"/> よく乗り物酔いに悩まされる | <input type="checkbox"/> 松葉杖、ギブス、包帯を現在使用中
(箇所:) |
| <input type="checkbox"/> ダイビング障害や減圧症にかかった | <input type="checkbox"/> 最近手術、大きなケガ、病気をした
(1年以内・それ以前) |
| <input type="checkbox"/> 軽い運動が出来ない(例50m走りきれない) | |
| <input type="checkbox"/> 慢性の腰痛がある | |
| <input type="checkbox"/> 腰部または脊椎を手術した | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病の病歴がある。 | |
| <input type="checkbox"/> BMI数値が30以上 (BMI=体重kg ÷ (身長m) ²) | |

私の病歴に関して提供した情報は、私の知る限り正確なものである

受講者： 2019年 月 日

保護者： 2019年 月 日