

「ORIC 海の体験学習」参加同意書及び病歴調査表

※病歴書項目 YES または NO どちらかに○を付けて下さい。

YES に○がある場合医師による「マリン体験参加可能」と明記された診断書を添付して下さい。
診断書が無いと参加はできません。なお、完治しているものに関しては“NO”で構いません。

病歴調査表（各病歴項目の YES または NO のどちらかに○を付けて下さい。）

| | | | |
|----|--------------------------------|-----|----|
| 1 | ゼンソクになった事がある | YES | NO |
| 2 | てんかん、発作、麻痺を起こす又はそれを抑える薬を飲んでいる | YES | NO |
| 3 | パニック障害である | YES | NO |
| 4 | 結核、肺炎、自然気胸等の呼吸器系の病気にかかった事がある | YES | NO |
| 5 | 不整脈等心臓疾患にかかった事がある | YES | NO |
| 6 | 狭心症あるいは心臓の手術を受けた事がある | YES | NO |
| 7 | 高血圧、糖尿病である | YES | NO |
| 8 | 現在、腰痛で運動制限がある | YES | NO |
| 9 | 現在、病気・ケガ等で通院、加療中である（病名、現状） | YES | NO |
| 10 | 手足の動き及びスポーツを行なうのに何らかの制限がある（程度） | YES | NO |
| 11 | 蓄膿症、副鼻腔の手術を受けた事がある | YES | NO |
| 12 | 耳の病気、聴覚障害、平衡感覚傷害になった事がある | YES | NO |
| 13 | 上記 1～12 の症状を抑える為に、薬を服用している | YES | NO |

参加同意書

このプログラムの参加にあたり、私に関する環境及び条件等についても各指導員の判断及び指示を厳守し従います。又、私自身指示に従わず発生する事態から生じる可能性のある傷害その他の損害の全てについて、私自身が責任を負うと共に健康管理等細心の注意をはらって参加します。私の病歴について上記の情報は間違い無く、この参加同意書の内容全てを確認し署名致します。私が未成年の場合は、私の親権者と共に署名します。

「ORIC 海の体験学習」は楽しい経験であると同時に、潜在的な危険性をはらむ事を承知し、このプログラムに参加する事に同意します。

フリガナ

※どちらかに○印

学校名 _____ 学年 組 _____ 参加者署名 _____ (歳 / 男性 / 女性)

※普段メガネで裸眼 0.1 以下の方のみ記入

身長 _____ cm 体重 _____ kg 足のサイズ _____ cm 裸眼視力 (右) _____ (左) _____

視力の弱い方は○で囲ってください (メガネ・ハードコンタクト・ソフトコンタクト)

※生徒の個人情報は、マリン体験開催の準備 (健康状態・ウェットスーツ等の器材・保険等) 及び実施にあたって使用し、当該事業以外に使用することはありません。

親権者署名 _____ (印)

緊急連絡先 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ORIC 沖縄県海洋レジャー事業協同組合 転載禁止

TEL : 098-917-0081 FAX : 098-917-0082

