健康診断質問票

◇下記の病気や症状をお持ちの方は、医師の許可なくダイビングすることができません。

●鼓膜せん孔　●メニエール病　●中耳炎　●慢性副鼻腔炎（蓄膿症）
●日常生活や運動に制限が生じる花粉や食物等に起因するアレルギー反応
●COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常（検査による運動制限）●鼻腔閉塞（鼻ポリープ・鼻中隔湾曲）
●歯に補填物による空洞や適合していない義場歯がある　●内因性の気管支喘息　●自然気胸　●肺気腫　●結核
●肺に空洞が残った結核　●喫煙による気管支の炎症　●急性呼吸器感染（風邪・肺炎・気管支炎）●不整脈　●弁膜症
●冠動脈疾患　●心筋症　●高血圧　●精神症　●アルコール中毒　●神経痛　●てんかん　●神経疾患　●偏頭痛
●頭部外傷後のけいれん発作・脳波異常　●脳卒中（脳内出血・脳梗塞・くも膜下出血）●関節炎　●筋肉炎　●関節リウマチ
●胃・十二指腸潰瘍　●肝炎　●膵炎　●糖尿病　●甲状腺疾患（内服で調節不可能なもの）●緑内障　●結膜炎　●対麻痺
●極度の肥満　●妊娠　●閉所、高所、開けた場所などの恐怖症　●乗り物酔い、船酔いがひどい
●飛行機に乗った時、または車で峠を越えたとき、耳や副鼻腔の圧力平衡がとれず痛みを感じる
●５秒間に５回、椅子の上に昇り降りして、脈拍を測定し、４５秒以内に元に戻らない

◇上記以外の病気をお持ちの場合は、記入してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記に該当する病気や症状はありません。

（西暦）　　年　　月　　日　本人署名　　印

保護者署名（未成年の場合）　　印

コース内容確認文

私は本プログラムに参加することで、私自身が参加するプログラムの潜在的な環境の持つ危険性について充分納得しています。また、講習日程について、料金について、開催地やスケジュールについて、使用するテキスト・教材について、コース費用の他に必要となる費用について、キャンセル料について、天候により講習地変更や講習日変更や講習費用の追加の可能性があることについて、認定カード申請期限について了承しました。また、講習に際して十分な成果が得られなかったときには、認定が受けられない場合があることを理解し、それまでにかかった費用などについて返却の請求はいたしません。

危険の告知の理解

私は、私の故意又は過失によりインストラクターの安全に基づく指示に従わなかったり、勝手な行動を起こしたりすることが私自身に危険を招き事故につながる場合もあることの説明を受け理解しました。また、プログラム中は、健康管理に責任を持ち、何らかの異常を感じた時は、参加中止や中断の意思をインストラクターに明確に伝えます。

講習生遵守事項

１）マニュアルに定められた水中行動の方法を行うこと。
２）インストラクターの計画・指示を守ること。
３）よく整備された器材を使用すること。
４）自己管理により健康な状態を維持すること。
５）水中環境（夜間等）にあった器材を使用すること。

（西暦）　　年　　月　　日　本人署名　　印

保護者署名（未成年の場合）　　印

実習開始時の確認文

◇受講生は実習日を記入し、その下の空欄にＹＥＳまたはＮＯを記入してください。

	／	／	／	／	／
●実習日・・・・・・・・・・・・・・・					
●睡眠時間は十分である。・・・・・・					
●酒気をおびていません。・・・・・・					
●健康状態は良好です。・・・・・・・					
●一切の薬物は服用しておりません。・					
●花粉や食物等に起因するアレルギー反応はありません。・・・・・・・・・・・・・					
●COVID-19罹患後の呼吸器や循環器系の異常（検査による運動制限）はありません。・・					
●本日の実習参加を希望します。・・・					
受講生本人署名欄					