

# サンラバー・シーウォーカー参加に伴う宣誓書

Sunlover Reef Cruises



PLATFORM  
HELMET DIVING

Seawalker

(以下をよくお読みになり申し込み書類にご署名ください。裏面もございます。)

## 1.0 参加者情報

日本のご連絡先、お電話番号をローマ字で記入ください。

参加者氏名 .....  男性  女性

住 所 .....

郵便番号 ..... 国 .....

E メール .....

電話番号 ..... 生年月日 .....

## 2.0 病歴

あなたは次の疾患のいずれかに現在患っていますか、または患ったことがありますか。当てはまる項目に X をつけてください。

はい いいえ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 喘息または息切れ
- 慢性の副鼻腔炎
- てんかん
- 結核
- 長期にわたる肺病
- 高血圧
- 慢性気管支炎または持続的な肺の病気
- 飛行時に再発する耳の障害

はい いいえ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 脳、脊髄または神経障害
- 胸膜の空洞に気体が入る (気胸)
- 失神、発作または 記憶喪失
- 肺の手術、(胸部の病気、及び手術)
- 真性糖尿病
- 穴の開いた鼓膜(ピンホール)
- 耳の手術
- あらゆる種類の心臓病

現在、あなたの体調は次のいずれかに当てはまりますか。

はい いいえ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 息切れ、慢性耳炎、その他の疾病、または先月手術を受けた。
- 現在何か薬を飲んでいますか(口徑避妊薬は除く)。
- あなたはダイビングをする 8 時間前にアルコールを摂取しましたか。
- あなたは妊娠していますか。

私は、安全なダイビング(サンラバー・シーウォーカー)の為に不適當ないかなる症状をも隠すことによって、私自身の命と健康を危険にさらすことになるかもしれないことを理解しています。

私は、ダイビング(サンラバー・シーウォーカー)後、12 時間以内、複数ダイブ後は、24 時間以内に高所へ行ったり、飛行機に乗ったりするべきではないことを理解しています。(可能な限り、24 時間待つこと)

ご注意: 状況によってはキャンセルの対象となることがあります。

参加者署名 ..... 親権者 / 保護者署名 ..... 日付 .....

インストラクター署名 ..... インストラクター番号 ..... 日付 .....