

シーウォーカーをご予約いただきありがとうございます  
 こちらのフォームを全てご記入いただき船上のスタッフまですぐにお持ちください

Name 氏名 (ローマ字): \_\_\_\_\_ 緊急連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

Sex: 男  女  DOB 生年月日: \_\_\_\_\_ (年) \_\_\_\_\_ (月) \_\_\_\_\_ (日) Age 年齢: \_\_\_\_\_

ホテル名 (日本語可): \_\_\_\_\_ Room No. (部屋番号): \_\_\_\_\_

特別な情報が手に入る、シーウォーカー-V.I.P ラウンジへEメールを送信してください。

Eメール: \_\_\_\_\_

MEDICAL HISTORY シーウォーカーは安全に楽しめる水中活動ですが、スクーバダイビング、スノーケリング、スイミング等の水中活動と同様にストレスが加わり、極端な場合は生命にも影響する可能性があります。下記の病歴書に記入していただくことにより、皆様がシーウォーカーに参加される際に必要な注意事項等についてアドバイスできるようになります。

現在該当項目に記してください  はい  いいえ  はい  いいえ

Recovering from any surgery performed within the past month? 1ヶ月以内の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expecting to fly within the next 12 hours? 12時間以内に飛行機に乗る予定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you pregnant? 妊娠している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you taken any alcohol within 8 hours? 過去8時間以内にアルコールを摂取している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking any medicine? (except oral contraceptives & seasickness medication) 薬 (避妊薬、酔い止めは除く)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

過去または現在該当項目に記してください  はい  いいえ  はい  いいえ

Tuberculosis or other lung disease 結核などの肺病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Disease 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fainting, Seizures, Blackouts 意識喪失、発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumothorax 気胸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervous Disorders, Depression うつ病等の神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest surgery 胸部の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brain, Spinal Disorders/Injuries 脳および脊髄の障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy てんかん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic sinus conditions 慢性の副鼻腔炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear surgery 耳の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure 高血圧 (通常血圧を記入 / )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma 喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recurrent ear problems when flying 飛行機での耳の気圧障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perforated Ear Drum 鼓膜穿孔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitis 気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上、私の個人資料と健康状態について正確に記入しました。いかなる病気・症状を明記しないことによって、私自身の生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。

参加者署名



保護者署名

日付 \_\_\_\_\_

了解声明・免責負担承諾書

私 (氏名)



はシーウォーカーに付随する危険性について、下記内容を理解したことをここに確認します。

1.水中で圧縮空気を使用することによって減圧症など高気圧傷害・重度傷害を引き起こし、生命にも影響する可能性があること。2.上記1のような傷害は再圧チェンバーによる治療が必要となる場合があること。3.シーウォーカー実施場所に再圧チェンバーがないことを了解した上でプログラムに参加すること。4.人によっては、心臓発作・パニック・呼吸亢進などを引き起こす可能性があること。5.シーウォーカーは機械を必要とし、故障等の危険を伴い、生命にも影響する可能性があること。6.シーウォーカーは自然環境の中で行われ、暴風雨・潮流・水中生物などの危険を伴い、生命にも影響する可能性があること。7.予測可能であるか否かにかかわらず、プログラム参加時に発生すかもしれない危害傷害・損害についてその全てを私独自の責任において負担・処理すること。8.病歴書に署名する前に熟読し、説明を受け、理解しました。病歴書に記入した情報は真実で、正確であることを証明します。9.私は、この了解声明・免責負担承諾書に署名する法的責任能力のある成人であるか、親権者・保護者の文書による同意を得ていることを証明します。10.関連法令との矛盾が生じた場合は、矛盾に関してのみこの文章は無効となることに同意します。11.本書に記載された条項目は契約であり、単なる注意書きでないことを理解し、私自身の自由意志で署名しました。

キャンセルポリシー: \*参加申込書受付後のキャンセル料は100% (ご返金不可)。健康状態により (船酔いは含まれません) ご参加いただけない場合のみキャンセル料不要 (全額ご返金)

LIABILITY RELEASE AND STATEMENT OF INTENT. 私は自分の意志でシーウォーカーに参加し、インストラクターの安全管理指示に従う事を約束します。シーウォーカーに参加したことで起こり得る、あらゆる傷害・死亡・その他の損害について、その原因に関わらず、私・私の家族・相続人、受遺者が、インストラクター・会場になった施設および Seawalker @ Green Island. 並びにその従業員・役員・代理人そして担当者への責任を一切問わないことを承諾し、同意します。

参加者署名



保護者署名

日付 \_\_\_\_\_



**STAFF USE ONLY**

Seawalker Staff Member Assessing Medical Form : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Customer's Medical Condition / Medication Name / Dose / Frequency / How long the person has been taking it etc.

Medical Facility Contacted : \_\_\_\_\_ Time of Email / Call : \_\_\_\_\_ Dr. : \_\_\_\_\_

Advice Given :

写真・ビデオ撮影の使用について: 私はシーウォーカーツアー参加時に撮影された写真について、Seawalker @ Green Island Pty Ltd. 及びグレートアドベンチャーズが宣伝広告のために使用することを承諾します。(署名) \_\_\_\_\_

Agent / Customer's Name \_\_\_\_\_ Medical Form Okay: YES  NO

Guide/Ph. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Form Checked By \_\_\_\_\_

Booking Ag. \_\_\_\_\_ Amount \$ \_\_\_\_\_ Payment M \_\_\_\_\_

TG/Guest to pay at diveshop ?

**SW Time** \_\_\_\_\_

<p><b>NOTES :</b></p> <p>IWI by _____ X _____</p>	<p><b>GI Dept.</b> OBR / 12:00 / 14:30 / 16:30 /</p> <p>BC / RR 12:00 / RR 16:15 / HG # _____</p> <p><b>Activities.</b></p> <p>GBB _____ Lunch _____</p> <p>Sub _____ Para _____</p> <p>Heli _____ Diving _____</p> <p>Other _____ SNK <input type="checkbox"/></p>
---	---