



参加申込・自己申告書 (部外秘)

※ あなたについて詳しくお聞かせ下さい。

しめい	生年月日(西暦)		
氏名	年 月 日 歳		性別
	□ 男 ・ □ 女		配偶者
住所 〒 _____ 都 道 区 郡 市 府 県 市	TEL _____		
	FAX _____		
	携帯 _____		
	E-mail _____		
保護者署名 氏名	続柄	緊急連絡先(氏名)	
		TEL _____	

障害名	障害年齢			
	歳			
手帳等級	級 種	手帳番号	交付	号

★ 当てはまる障害についてチェックをし、右空欄に詳しくご記入下さい。

- 聴覚障害
 - ・補聴器は使用していますか？
 - ・周りの人とのコミュニケーションの方法は？
- 視覚障害
 - ・明暗を感じますか？
 - ・どのように見えますか？
- 肢体障害
 - ・脳性麻痺ですか？
 - ・脊・頸・胸損傷ですか？
 - ・障害の部分はどこですか？
 - ・その部分は痛みや温度等感じますか？
 - ・緊張や痙攣はありますか？
- 言語障害
 - ・障害の程度は強い・弱い？
- 内臓疾患
 - ・どの部分がどのような状態ですか？
- その他

★ 常時服用している薬について	★ 障害等で、行き付けの病院について
・どんな薬ですか？	・病院名
	・TEL
・服用回数や飲み方は？	・担当医師名

★ スキューバダイビングについて

① 泳力(水泳)の自信はありますか。 有る 無し

② どの位泳ぐ事(泳ぎ方は自由)ができますか。 約 _____ m位

③ 今回の参加コースはどのコースですか。 スノーケリング 体験ダイビング
 JBDA認定カード取得コース ファンダイビング
 その他(_____)

④ スキューバダイビングを行なったり、指導を受けた事がありますか。 有る 無し

・始めて行ったのはいつですか。 _____ 年 _____ 月頃

・どこで行ないましたか。 場所 _____ / ショップ名 _____

・今回のダイビングの前に行ったのはいつですか。 _____ 年 _____ 月頃

・どこで行ないましたか。 場所 _____ / ショップ名 _____

⑤ 各任意の指導団体の認定カード(Cカード)を持っていますか。 有る 無し

指導団体名	ランク	ダイビング歴	通算経験本数
		年	本

⑥ 参加期間中にレンタルされる器材はありますか？ 有る 無し

ダイビング器材フルセット

・自分の器材をお持ち方でレンタルする物が有る場合

マスク スノーケル グローブ ブーツ メッシュバック

フィン レギュレーター B.C. ウエットスーツ 車椅子

★ 健康について

血液型	身長	体重	足のサイズ	視力
型	cm	kg	cm	(眼鏡等 有り・無し)

① 貴方の健康状態についてあてはまる項目にチェックをして下さい。

ぜんそく 肋膜炎 自然気胸 ひどい肺炎 肺結核 心臓障害

狭心症 糖尿病 神経過敏 低・高血圧 妊娠中 冷え性

頭痛 心配症 乗物酔い 不整脈・動悸 伝染性の病気

アルコール中毒症 高・閉所恐怖症 睡眠薬や薬品の常用

耳のトラブル (_____)

てんかん・意識不明を起こす体質 (いつ _____ ・どんな時 _____)

その他呼吸器系のトラブル (_____)

その他循環器系のトラブル (_____)

② 今回のダイビングの前に健康診断を受けたのはいつですか？ _____ 年 _____ 月頃

担当主治医 御侍史 殿

沖縄県那覇市辻 1-13-24 渡口アパート 202
NPO法人日本バリアフリーダイビング協会
会長 山田 眞佐喜
(公印省略)

謹啓

貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より身体障害者スポーツ振興につきましては、ご支援、ご指導を賜り感謝申し上げます。

当協会は、財団法人日本障害者スポーツ協会の競技別登録団体として、障害者(視覚障害・聴覚障害、肢体不自由、内部障害等)の皆様にスキューバダイビングを安全に楽しみながら、リハビリテーション及びノーマライゼーションに広く・深く貢献したいと考え、1997年7月より活動しています。

ダイビングを通して障害者、高齢者及び健常者が自然の中で環境の変化を学び、「楽しさ」・「喜び」・「感動」を伝えていきたいと考えます。達成感や効果には図り知れないものがあります。

実施に際しましては、万全を期しサポート体制も整備して行います。また、万が一過失により事故が発生した場合も貴科への責任は一切問わないものと致します。

つきましては、主旨をご理解頂き、スクーバ潜水は圧力下での運動であるという事を考慮した上で、この方の医学的適性をご診断いただけますよう、何卒よろしく願い申し上げます。

健康診断書

住所：	_____
氏名：	_____
生年月日：	_____年 月 日
障害等級及び疾病名：	_____級 種
(具体的な障害名)	

1. 循環器系、呼吸器系の疾患(心臓病・喘息・気胸など)
2. 中耳、副鼻腔の障害(中耳炎・ちくのう症など)
3. 意識障害(てんかん・突発性失神など)
4. 運動機能障害

(備考)

注意点：

年 月 日

医療機関名：

住所：

証明医師名：

印

* 提出者への注意：上記枠内は、本人又は本人の代理の方が、全てご記入下さい。

お問い合わせ NPO 法人日本バリアフリーダイビング協会(JBDA)
本部事務局 TEL 098-869-4957 / FAX 098-867-4034
e-mail : info@e-jbda.jp/

