

# シュノーケリング 健康チェック

ご予約前に、参加者全員について以下の健康に関する質問をご確認ください。ひとつでも「はい」に該当する場合は、予約確定前にお知らせください。船長に確認のうえ、ご参加の可否をご案内します。

| #  | 質問                                                          | はい                       | いいえ                      |
|----|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 心臓病・循環器疾患、狭心症、心筋梗塞の既往、心臓手術、重大な不整脈がありますか？                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 定期的な服薬や医師の管理が必要な高血圧がありますか？                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | ぜんそく、またはその他の重大な呼吸器・肺の疾患がありますか？                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | てんかん、けいれん、繰り返すめまい、失神、原因不明の意識消失がありますか？                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 服薬や定期的な医療管理が必要な糖尿病がありますか？                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 最近、手術・入院・大きなけががあった、または現在病気から回復中ですか？                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 現在、風邪、発熱、強い鼻づまり、耳の感染症、嘔吐、下痢など体調不良がありますか？                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 処方薬を常用している、または注意力・平衡感覚・呼吸・判断力・身体能力に影響しうる薬物を服用していますか？        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 歩行などに大きな制限がある、水中でパニック・強い不安を感じる、その他安全なシュノーケリングに影響する状態がありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 安全に参加できるか船長が判断するうえで、ほかに知っておくべき健康上・身体上の状態がありますか？             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**すべて「いいえ」の場合：**メールに「参加者全員の健康チェックを確認し、すべて『いいえ』です」とご返信ください。

**ひとつでも「はい」の場合：**予約前に、どの参加者のどの項目かをお知らせください。船長に伝え、確認のうえご連絡します。