

# リザンシーパークホテル マリンプログラム免責同意書兼病歴確認書（一般用）

## 参加メニュー

※この書面は器材準備および該当プログラムへの参加が可能か判断する為のものであり、また、保険適用に必要な書類になります。**★印の記入漏れにご注意ください。**

プログラム参加日 年 月 日

フリガナ	年齢	生年月日	性別	身長	体重	足のサイズ
氏名			男			
	才	年 月 日	女	cm	kg	cm

## ○プログラム免責同意書

この同意書は、安全かつ快適なプログラムを実施するために必要な事項です。このプログラムに参加される方は、下記の事項をご理解頂いたうえで同意文を読み、署名等の記述をしてお申し込み下さい。

1、野外活動では、常に事故の起こる可能性が有ります。主催者は常に安全確保を第一に考え行動しますが、参加者も“自分自身の安全は自分で確保する”を常に心がけて下さい。指導員およびガイドの事前注意事項をよく聞いて指示に従い、疑問や不明点は質問して下さい。

2、参加するに当たり、心配な持病や治療中の傷病がある方は参加を取りやめて下さい。プログラム実施中の発病や、本人の不注意によって生じた事故については、主催者は責任を負いませんのであらかじめご了承ください。

3、当ホテルでは、不測の事態に備えて保険に加入しております。今までに一件も重大事故の発生はありませんが、万一事故が発生した場合には、該当保険内での保証となります。

4、参加者は、環境破壊の原因となる行為をつつしみ自然を保全し、ゴミ等は絶対に捨てずに持ち帰ること。

**★私**は、参加予定メニューの本質的な危険性についてよく説明を受け、完全に理解した事をここに確認します。この書面に署名する事によって、基本的なリスクや危険性を認識していると誓います。

私は、リザンシーパークホテル谷茶ベイが沖縄で開催する参加メニュー講習につき以下の事を確認します。私に障害・死亡・その他事故が発生した場合にも、私自身、私の家族、後継者、その他関係者に対する責任は発生しないことに同意します。

このクラスに参加するにあたり、予想されると否に関わらず、前記講習に関連して起こりうる全リスクは、私個人に帰属するものであり、前記講習のプログラムに私が参加することによって、私自身、私の家族、相続財団、相続人、その他の関係者は何らの異議を有せず請求権を有しない事を確認します。また、私が法的に成人の場合、この免責同意書に署名するに当たり、法にかなって何ら支障が無いものであることをここに付け加えます。したがって私は親権者や後見人の書面による同意書を提出する必要もありませんし、この書面の中にある事項は契約によって確定しうる事項であって、単に記入するように言われて署名するものではなく私の自由意思でこの書面に署名いたしました。ただ、私が法的に未成年の場合、親権者、もしくは後見人、保護者の承諾署名なく前記講習に参加することはいたしません。必ず親権者もしくは後見人、保護者の承諾を得、親権者もしくは後見人、保護者自身も理解した上で本書面に署名する事により前記講習に参加する事といたします。※明らかに、主催者側の過失が認められた場合に限り、この限りではない。

私はこの免責同意書と病歴確認書を署名する前に良く読み、内容を完全に理解致しました。  
免責同意書と病歴確認書の内容に相違が無いことを確認して頂いた上で本人様をご署名お願い致します。

## ★参加者署名

記入日 年 月 日

住所 電話 - -

## ★親権者や保護者の署名



記入日 年 月 日

## ○病歴確認書

下記の項目の「はい」か「いいえ」を○で囲って下さい。

現在薬を服用している。または処方を受けている。「はい」の場合は薬名を全てご記入下さい。★薬名記入	★病名記入	はい いいえ
現在妊娠をしている。もしくはその可能性がある。		はい いいえ
発作、けいれん、失神を起こした事がある。 ★時期、症状、頻度を記入		はい いいえ
血液・血管の病気がある、またはなった事がある。(脳梗塞、心筋梗塞、動脈瘤等)		はい いいえ
何らかの心臓疾患がある。またはなった事がある。 ★病名、時期、症状を記入		はい いいえ
肺の病気がある、またはなった事がある。(肺気胸等)		はい いいえ
精神的・心理的な問題がある。神経過敏や恐怖症等		はい いいえ
医師より運動や生活の制限を受けた事がある。 ★病名、時期、症状を詳しく記入		はい いいえ
本日アルコールを摂取した。(20歳以上の方のみ記入)		はい いいえ
一年以内にぜんそくの症状が出た事がある。(小児ぜんそくは含まない)		はい いいえ
ぜんそくの薬を服用している。または処方されている。		はい いいえ
糖尿病である。またはなった事がある。		はい いいえ
高血圧である。または高血圧の薬を服用している。またはしていた。		はい いいえ
耳・三半規管の病気が有る。病名、時期、症状を記入		はい いいえ
過呼吸になった事がある。またはなりやすい。 ★時期、症状、頻度を記入		はい いいえ
てんかんである。または、なった事がある。		はい いいえ
コレステロール値が高い。または薬を服用している。		はい いいえ
腰部・脊椎の病気・ヘルニア等になった事がある。 (激しい衝撃が加わっても大丈夫な場合は「いいえ」を○で囲って下さい。)		はい いいえ
現在、副鼻腔の病気がある。		はい いいえ
鼻炎、蓄膿症等で耳抜きができない状態である。		はい いいえ
現在病院に通院している。「はい」の場合は病名・症状を出来るだけ具体的にご記入下さい。★		はい いいえ
過去の病歴、重症のケガ、入院歴、手術の有無。 「あり」の場合は時期と完治済みか否か、現在と過去の症状を詳しく記入下さい。 ★		あり なし
私の病歴について、上記の情報は間違いや記入ミスありません。また、下記事項についても十分に確認し認識しましたのでプログラム参加者が自筆で署名いたします。 1、私は現在あるいは過去の健康状態を明らかにしなかった場合、記入漏れの事項に関する責任を負う事に同意します。 2、病歴確認の項目に拒否や誤りがあった場合、当然に主催者側の責任は無く、何ら請求申し立てをいたしません。 3、病歴・飲酒等による参加の「可・不可」の判断は主催者側に一任し、異議を申し立てないことに同意します。最終的な判断は集合時になる事にも合意します。記入間違い等の場合も参加をお断りする場合がございます。その場合も異議を申し立てないことに同意します。 4、記入日以降に病気や怪我などを負った場合には必ず申告します。 5、参加に対して上記内容に同意して頂く必要が御座います。同意いただけない場合には参加をお断りさせていただいております。		★ どちらかを○で囲って下さい。  同意する  同意しない