导览申请书　　OCEANS/新原海底観光センター

参加日	年　月　日	住宿地	
姓名		男・女	血型　型
		TEL	
出生年月日	年　月　日	年龄	歲
住家地址	〒		
紧急连络人	姓名		関係
	TEL		

【免責事項】

主办单位〈Oceans〉的管理下所不认可的事故・对于参加者故意的犯罪行为、斗争行为、自杀行为所产生的伤害；地震、火山喷发、 海啸、 洪水等自然现象所造成的事故，以及其他法律上不认同的赔偿责认，本店一律不负一切责任。

手表、 手机、相机等贵重物品及现金等， 请绝对不要随身携带。 若有进水、遗失等状况发生，本店一律不负一切责任。

健康诊断问诊表

◎请针对本日的身体状况回答

☐ A. 无任何异状（健康良好）

☐ B. 身体有些许不适。请圈选以下症状。

疑似感冒　血压偏高　宿醉　鼻塞　头晕

腰痛　发烧(包含体温偏高)　其他（　　）

若勾选B，请写下具体的症状.

（　　）

①【请勾选您过去或现在是否有以下病历】

口鼻腔相关疾病　口耳朵相关疾病　口中耳炎　口气喘　口肺炎　口肺结核　口自然气胸　口呼吸器官相关病症　口心脏相关病症　口酒精成瘾症　口 其他

(　　)

若勾选以上病症,请写下具体症状及病称。

【　　】

②【血压状况】

口高血压　☒偏高　☒普通　☒偏低　☒低血压

有因血压问题而持续回诊的人，若有服用降压剂等药物的人请写下病名及回诊医院名称。

[　　医院]

③【现在有在服用的药物】

[　　]

④【这一个月内若有住院请写下住院病因（包含感冒）】

[　　]

⑤【是否怀孕中？】

口是　口否

⑥【现在是否有摄取酒精？】

口是　口否

⑦【若有参加潜水行程，今日是否预计会搭乘飞机？】

口是　口否

上述记载的内容皆与事实相符，并了解以上免责事项。

在〈OCEANS〉所举办的活动中所发生的伤害或事故，本公司皆有加入保险。

签名　　年　月　日

监护人签名（未成年的情况）

OCEANS 负责人