NAGASAKI OCEAN ACADEMY TRAINING

文書番号: NOAT-Q02-006-005

(English version is on the following page)

健康状態自己申告書

個人の健康は個人の責任です。

訓練提供者は、訓練中及び訓練後の疾病などについて一切の責任を負わないものとする。

私は、次に記載されたリスク及び生命を脅かす可能性のある疾患などを確認し、理解し、GWO トレーニングに参加するための医学的な健康状態に問題がないことを申告します。

私は、GWO トレーニングへの参加を妨げる要因や影響を及ぼす要因がないことを申告します。

私は、GWO トレーニングの期間中、訓練提供者の指示に従うことに同意します。万一、私の身体及び精神について医学的に疑義が生じた場合、訓練提供者は訓練を中止し、医師の診断を仰ぎます。

パスポートに記載されている氏名	
WINDA ID	
トレーニング・スタンダードまたはモジュールを〇で囲む	BST・BSTR・ART・ARTR・EFA・EFAR・WLA・BTT・SLS
トレーニング・スタンダードまたはモジュールの受講日	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで

1. 喘息またはその他の呼吸器疾患
2. てんかん、失神、その他の痙攣発作
3. 狭心症またはその他の心臓疾患
4. めまいまたは内耳障害（平衡感覚障害）
5. 閉所恐怖症／高所恐怖症
6. 血圧障害
7. 糖尿病
8. ペースメーカーの植込みまたは植込み型除細動器
9. 関節炎、変形性関節症、その他運動能力に影響を及ぼす筋・骨格系の障害
10. 既知のアレルギー（ハチやスズメバチに刺された、クモにかまれた、食物アレルギーなど）
11. 5 年以内の手術
12. その他、クライミングや高所作業に影響を与える可能性のある疾患や薬物依存症 クライミングによる身体への影響

以上のとおり、自己の健康状態について申告します。

年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

NAGASAKI OCEAN ACADEMY TRAINING

文書番号: NOAT-Q02-006-005

(English version is on the following page)

健康状態自己申告書に係る告知書

GWO トレーニングに参加する際、健康状態自己申告書に記載する疾患などに該当すると思われる場合は、トレーニング提供者に提出してください。

該当がない場合、この用紙の提出の必要はありません。

1. 健康状態自己申告書に記載する疾患など （該当の番号を〇で囲み疾患名を記載してください。）

疾患名及び内服薬の有無など

1) 喘息またはその他の呼吸器疾患がある。 （ ）
2) てんかん、失神、その他の痙攣発作がある。 （ ）
3) 狭心症またはその他の心臓疾患がある。 （ ）
4) めまいまたは内耳障害（平衡感覚障害） （ ）
5) 閉所恐怖症／先端恐怖症（閉鎖空間／高所恐怖症） （ ）
6) 血圧障害がある。 （ ）
7) 糖尿病がある。 （ ）
8) ペースメーカーの植込みまたは植込み型除細動器を植え込んでいる。（ ）
9) 関節炎、変形性関節症、その他運動能力に影響を及ぼす筋・骨格系の障害がある。
（ ）
10) 既知のアレルギー（ハチやスズメバチに刺された、クモにかまれた、食物アレルギーなど）
（ ）
11) 5 年以内の手術 （ ）
12) その他、クライミングや高所作業に影響を与える可能性のある疾患や薬物依存症 クライミングによる身体への影響 （ ）

年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

NAGASAKI OCEAN ACADEMY TRAINING

文書番号: NOAT-Q02-006-005

Health condition self-assessment form

Participants have the responsibility for their own health condition.
The training provider shall not be held responsible for any illness or injury during or after the training.

I declare that I have identified and understood the risk and potentially life-threatening health conditions outlined below, and my medical health does not pose any issues for participating in GWO training.

I declare that there are no healthy factors that may prevent or influence my participation in GWO training.

I agree to follow the indication of instructors while GWO training is ongoing, In the case that any kind of medical doubts occur regarding the participant's physical or mental condition, the training provider stops the participation of the participant and seeks a doctor's diagnosis.

Name (which is written in your passport)	
WINDA ID	
Encircle the Training standard/module which you participate	BST・BSTR・ART・ARTR・EFA・EFAR・WLA・BTT・SLS
Training standard / module attendance date	From / / (dd/mm/yyyy) To / /

1. Asthma or other respiratory diseases
2. Epilepsy, syncope, or other seizure disorders
3. Angina or other heart disease
4. Dizziness or inner ear disorders (balance disorders)
5. Claustrophobia / Acrophobia / Fear of heights
6. Blood pressure disorders/
7. Diabetes Mellitus
8. Implantation of a pacemaker or implantable cardioverter defibrillator
9. Arthritis, Osteoarthritis, and other musculoskeletal disorders which affect physical movement.
10. Allergies (such as bee or wasp stings, spider bites, food allergies, etc.
11. Surgery within the last 5 years
12. Others, diseases, and substance dependencies that may affect climbing or working at height. Possibility that some symptoms will occur on the body due to climbing.

I declare my own health condition as described as above.

Date(dd/mm/yyyy)_____

Signature_____

Notification about health condition self-assessment form

In order to participate in the GWO training, if you have some concerns about your own health condition which is outlined in the "Health condition self-assessment form", let the training provider know your condition through this notification form.

If none of that is applicable to you, submission of this notification is not required.

1. Concerns about your own health condition (Encircle the relevant number and provide the name of disease.)

Name of disease and oral medication.

1) Asthma or other respiratory diseases ( )
2) Epilepsy, syncope, or other seizure disorders ( )
3) Angina or other heart disease ( )
4) Dizziness or inner ear disorders (balance disorders) ( )
5) Claustrophobia / Acrophobia / Fear of heights ( )
6) Blood pressure disorders ( )
7) Diabetes Mellitus ( )
8) Implantation of a pacemaker or implantable cardioverter defibrillator ( )
9) Arthritis, Osteoarthritis, and other musculoskeletal disorders which affect physical movement ( )
10) Allergies (such as bee or wasp stings, spider bites, food allergies, etc. ( )
11) Surgery within the last 5 years ( )
12) Others, diseases, and substance dependencies that may affect climbing or working at height. Possibility that some symptoms will occur on the body due to climbing. ( )

Date(dd/mm/yyyy)_____

Signature_____