

マーヴェラスラボ研修プログラム事前調査票



MARVELLOUS LABO

この事前調査票は、マーヴェラスラボの研修プログラムを安全に実施するために必要な情報を教えていただくためのものです。お手数ですが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

弊社の実施する研修は、様々な道具やアスレチックを用いたワーク、アドベンチャー施設での命綱を用いた高所でのワークなどを行います。その為、身体的にも心理的にも日常生活と異なる負荷がかかる事があります。場合によっては本人だけでなく、周囲の参加者にも危険が及ぶ事も考えられますので、安全で快適な、刺激的で効果的な体験活動を楽しんで頂くために、ご参加の皆様におかれましても充分安全に御注意下さい。

※ 弊社では最寄りの医療機関にて緊急時に対応させて頂いております。

※ 上記プログラムには、傷害保険を付保させて頂いております。

※ 弊社プライバシーポリシー及び個人情報保護法に基づき、知り得た情報については厳正に取り扱い管理いたします。また、記載内容を上記以外の目的で使用する事は一切ありません。

【設問1】下記事項をご確認いただき、プログラムにご参加ください。

1. 私は、プログラムに参加することに支障の無い健康状態にあります。
2. 過去に、骨折・脱臼・腰痛など、既往症がある場合や、心臓系なども含め、現在加療中の疾病がある場合は、これを申告します。（設問2に詳細をお書きください。）
3. プログラム活動中は、ファシリテーターの安全管理上の指示に従います。
4. プログラム活動の参加・継続については自分の健康状態を考え、自己責任において決定します。
5. プログラム活動中に、体に変調を感じたら直ちにファシリテーターに申し出ます。
6. 研修時に撮影を行い、弊社の記録・広報活動のため使用する場合がございます。差し障りがある場合は研修終了までにお申し出ください。
7. （高校生以下の場合）プログラム参加につき保護者に同意を取り、本票の記入内容を確認してもらいました。

☐ ご確認いただきましたら、チェックをお願いいたします。

【設問2】以下の事項につきご回答ください。**1. ご自身について**

氏名 ふりがな _____ 性別 男 ・ 女 _____ 血液型 _____ 型 (RH + -) _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) _____ 身長 _____ cm _____ 体重 _____ kg

住所 _____ 電話番号 _____

(裏面もございますので、もれなくご回答をお願いいたします。)

学年： 年 組 / お名前：

2. 緊急連絡先をご記入ください。(日中に連絡がつく可能性が高い連絡先)

氏名 本人との関係 電話番号

3. あなたの健康状態についてお知らせください。

アレルギーをおこす食物	☐ ない ☐ ある(種類： 症状：) (食事の除去範囲：)
蜂、花粉など食物以外のアレルギー	☐ ない ☐ ある(種類： 症状：)
常用している薬	☐ ない ☐ ある(薬品名： 効用：)
使用してはいけない薬	☐ ない ☐ ある(薬品名： 症状：)

4. あなたのその他の健康状態についてお知らせください。

腰痛を起こしやすい	☐ いいえ ☐ はい(詳細：)
脱臼癖がある	☐ いいえ ☐ はい(詳細：)
貧血を起こしやすい	☐ いいえ ☐ はい(詳細：)
喘息の発作が起こることがある	☐ いいえ ☐ はい(詳細：)
過呼吸になりやすい	☐ いいえ ☐ はい(詳細：)

5. 病歴、ケガなどについてお知らせください。

①既往歴について、下記に当てはまるものはありますか。 ☐ない ☐ある(→該当するものにチェック・詳細記入)

☐心臓疾患 ☐心臓発作の経験 ☐心雑音や動機 ☐脳血管障害 ☐胸部の痛みや圧迫感
☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐てんかん発作 ☐精神疾患

- 1.いつ頃発症したのですか？
2.症状の詳細をお書きください。
3.現在の経過(運動制限、状態、継続治療の有無)はいかがですか？

②最近1年以内で治療を受けた疾病・怪我はありますか。 ☐ない ☐ある(→詳細記入)

- 1.いつ頃発症したのですか？
2.症状の詳細をお書きください。
3.現在の経過(運動制限、状態、継続治療の有無)はいかがですか？

③これまでに運動制限等を必要とした疾病・怪我をしたことがありますか。 ☐ない ☐ある(→詳細記入)

- 1.いつ頃発症したのですか？
2.症状の詳細をお書きください。
3.現在の経過(運動制限、状態、継続治療の有無)はいかがですか？

6. その他、以下の項目につきお知らせください。

①身体障害者手帳及び、障害者手帳を受給したことがありますか。 ☐ない ☐ある(→詳細記入)

ある場合、手帳の種類と障害の内容：

②現在、妊娠をしていますか。 ☐していない ☐している

質問は以上です。ご協力をいただき、ありがとうございました。