



## GWO Statement of Physical Fitness/GWO 健康状態確認書

以下の訓練内容および別紙「健康問診票」を基に、訓練の受講に適した健康状態であるか医師に確認の上、ご提出をお願いいたします。

訓練内容 (BST / BSTR)	
高所作業	受講者は、高所からの脱出訓練や高所での救出訓練を実施する際に、最大 12m の高さで避難および救助器具の取扱いを実演します。この訓練では物理的衝撃の影響を受ける場合もあります。
マニュアルハンドリング	受講者は、最大 15 キロまでの重量物の持運び、30 キロのダミー人形の運搬などを行います。
ファーストエイド	受講者は、ダミー人形を用いた心肺蘇生法や AED の使用などの訓練を行います。
防火と消火	受講者は、ファイヤーブランケット(消火用布)および複数の消火器を用いて、小規模から中規模の訓練用火炎を近接した位置から消火します。消火器具を持ち運びして消火します。受講者は、人工煙の充満した状態もしくは無視界状態で避難通路を避難します。
シーサバイバル	受講者は、救命胴衣を着用した状態で、温水プールにおいて洋上生存に関する訓練を行います。訓練内容は、高さ約 1m からの入水、溺者曳航、救命いかだへの乗り込み、船舶移乗などを行います。更に救助用具による水面からの吊上げ救助なども行います。

### 受講者情報

氏名	(アルファベット: パスポート・船員手帳を同じ表記で記載ください。)	性別	男 女	生年月日 (西暦)	年 月 日
	(漢字)				

### 健康状態について (以下医師が記入: 全ての項目の記載をお願いいたします)

血圧	最高	最低	脈拍	身長 (cm)	体重 (kg)
呼吸器系疾患等の状態	正常	要観察/ 問題あり	循環器系疾患等の状態	正常	要観察/ 問題あり
運動機能等障害の状態	正常	要観察/ 問題あり	耳鼻科系疾患等の状態	正常	要観察/ 問題あり
精神神経系疾患等の状態	正常	要観察/ 問題あり	その他の健康状態	正常	要観察/ 問題あり

上記のうち「要観察/ 問題あり」に該当する項目があれば、詳細の記載をお願いいたします。

(余白が不足する場合は、裏面への記載をお願いいたします。)

本受講者が、訓練を受講するにふさわしい健康状態であると認めます。  はい / いいえ	医師名	診察日
	印	年 月 日
	医療機関名	
	住所	
	電話番号	



### 健康状態についての詳細

「要観察/ 問題あり」に該当する項目があれば、詳細の記載をお願いいたします。



# GWO Health Questionnaire/GWO 健康問診票

健康状態等に関する以下の質問事項について、「はい(YES)」または「いいえ(NO)」欄にチェックをしてください。

**「はい(YES)」の場合もしくは該当する項目には、その詳細を⑩の空欄に記載してください。(記入例、「②降圧剤、アダラートCR20」「④高血圧症」など)**

項目	はい	いいえ
	YES	NO
① 現在あるいは最近、通院を要する病気または怪我をしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 現在、薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 肺など呼吸器系に関する疾患(喘息、気胸、肺気腫等を含む)を患ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 心臓など循環器系に関する疾患(狭心症、心筋梗塞、高血圧症、不整脈を含む)を患ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ ヘルメットや救命胴衣着用ほか、訓練での動作を妨げるような運動機能等障害(四肢の麻痺、関節疾患やリウマチスを含む)がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 耳鼻科系に関する疾患(中耳炎、外耳道炎、難聴、副鼻腔炎を含む)がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 精神神経系などに関する疾患(てんかん、うつ病、不安神経症、パニック症候群等神経症を含む)がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ その他、以下の疾患等があるかお答えください。		
・ 皮膚の疾患や、アレルギー性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 胃腸など消化器系に関する疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 弱視その他の目に関する疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ めまい、立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 溺れた経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 水に対する恐怖心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 高所に対する恐怖心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 受講予定日1年内の健康診断の受診日	年	月 日
※異常所見があった際はその詳細を記入し、健康診断書の写しを送付願います。		
⑩ 本訓練参加にあたり、不安なことや上記に該当する項目があれば、詳細をご記入ください。		

⑪ 健康状態以外の質問事項ですが、泳力について以下のいずれかにチェックしてください。

- 泳げる                      あまりうまく泳げない                      泳げない

記載した内容に、 間違いはありません。	署名欄 受講者氏名: _____ 印(もしくは署名) _____
------------------------	-------------------------------------



## GWO 基本安全訓練 健康自己申告書

個人の健康は自己の責任において管理することとし、訓練提供機関は訓練中・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。

健康自己申告書は、訓練提供機関に対して訓練コースが開始される前に提出されなければならない。

氏名	会社名
----	-----

以下の症状は、GWO 基本安全訓練に参加すると生命を脅かすリスクをもたらすことがある。

喘息やその他呼吸器系疾患
てんかん、失神、その他類似する症状
狭心症やその他の心臓疾患
めまいやその他の内耳の障害(平衡感覚の困難など)
閉所恐怖症、高所恐怖症(閉鎖空間や高所に対する恐怖感)
血圧障害
糖尿病
ペースメーカーや埋め込み式除細動器
関節炎、変形性関節症やその他動作制限を伴う筋骨障害
アレルギー既往(例:ハチ、スズメバチ、蜘蛛などによる刺されや咬傷)
外科的手術を受けた直後
その他、クライミングやクライミングによる物理的衝撃が影響すると考えられる健康状態

私は、上記の症状がリスクや生命を脅かす可能性のある健康状態であることを理解し、自分が GWO 基本安全訓練に参加し得る健康体であることを、ここに申告致します。

GWO 基本安全訓練への参加を阻害したり、訓練遂行に影響したりする要因が無いということを申告致します。

訓練期間中はインストラクターの指示に従うことに同意します。

また、私の健康状態に関して何らかの疑いがある場合は、訓練機関が訓練を中止して医師の助言を求めることになることに同意致します。

署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_



## GWO Training Consent Form/GWO 訓練に関する同意書

1. 私は、本訓練において、以下の項目が含まれることを理解します。
  - (1)救命胴衣を装着してのシーサバイバル訓練(高さ1mからの入水、水面での移動、救命筏への乗り込み、救助具による吊り上げなど) (モジュール:シーサバイバル)
  - (2)ダミー人形を用いた心肺蘇生法などの応急処置訓練 (モジュール:ファーストエイド)
  - (3)消火器具を用いた初期消火訓練 (モジュール:消火と防火)
  - (4)暗所および/または煙による視界不良状態における避難要領訓練 (モジュール:消火と防火)
  - (5)15キロ以下の重量物や30キロのダミー人形の運搬 (モジュール:マニュアルハンドリング)
  - (6)高所からの避難および高所での救助訓練 (モジュール:高所作業)
2. 私は、本訓練で行われる内容を理解し、訓練中に起こり得る事象(水を吸引する可能性や、実際の炎への接近、高所作業時訓練時のハーネスによる圧迫や落下防止装置の作動など)に関しては、自己の責任とすることに同意します。
3. 私は、本訓練に於いては、自己と他者の安全のために、積極的且つ責任を持った態度で臨みます。
4. 私は、自己の選択によって本訓練の実技に参加しなかった場合、本訓練の修了証が授与されないことに同意します。
5. 私は、訓練スタッフが行う訓練中の傷病に対する応急処置と治療のための手配を受容し、緊急時に於ける訓練スタッフの避難誘導に従います。

訓練予定日 :       年    月    日    ～       年    月    日

日 付 :       年    月    日

署 名 : \_\_\_\_\_

※ 本訓練の全ての実技あるいは一部の実技への参加・不参加は、あくまでも各受講者の自己選択によるものです。

## 個人情報の取扱いに関する同意書

日本サバイバルトレーニングセンター（NSTC）は、受講者の皆様のプライバシーを保護することをお約束致します。皆様のプライバシーを尊重して個人情報を保護する、私たちの以下の方法についてご理解をお願い致します。

### お客様情報の収集方法

皆様が必要とするサービスや製品を提供するために必要な情報を収集し、保持致します。

皆様から直接情報を収集し、もしくは皆様のご所属会社代表者様を通して情報を収集し、保持致します。

### お客様情報の使用方法

サービスや製品を皆様もしくは皆様のご所属会社様のご要望にしたがって提供するために、皆様の個人情報を使用致します。それには、以下の事項を含みます：

- 修了証の作成
- 訓練に関するデータベースの記録維持
- 請求書及び領収書の作成

修了証を発行するため、以下の第三者組織へ皆様の個人情報を共有もしくは使用することを求められる可能性があります。

- 訓練認証機関
- 保険会社
- 皆様のご所属会社様
- 訓練履歴を必要とする皆様の関係会社

ご提供いただきました個人情報は、統計的な報告及び研究資料作成等を作成するために内部で使用させていただく可能性があります。その統計的な報告は、顧客ニーズの把握や、サービス向上のためなどに利用させていただきます。

### セキュリティ

NSTC は、皆様が要望するサービスもしくは製品の提供に関わらない第三者や機関に対して、皆様の個人情報を開示することは致しません。

- 皆様の個人情報を含む紙ファイルは、使用后すぐに保護（錠により保管）致します。これらのファイルは5年間保管し、その後破棄致します。
- 電子ファイルは日々バックアップが取られます。もし皆様の個人情報が更新されない場合は、5年後に自動的に削除致します。

### ご自身の個人情報の確認について

私たちが保管している皆様の個人情報は、皆様ご自身が確認する権利があります。もし私たちが修正すべき情報を保持している場合、皆様は私たちに修正を依頼することができます。ご自身の情報の確認や修正のお問い合わせは、下記にご連絡ください。窓口もしくは文書によるご連絡でも結構です。

- 住所：〒804-0076 福岡県北九州市戸畑区銀座2丁目6番27号
- 電話番号：093-884-2020
- info@n-s-t-c.com

### 承認（同意）

以上、NSTC が皆様の個人情報を収集、使用することについてご理解、ご同意いただければ、以下にご署名をお願い致します。

受講者氏名（楷書）： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_

## 感染症に関する訓練受講同意書

私は、感染症に関する下記の受講条件を了承します。

- ① 感染症の蔓延や陽性者の判明、その他やむを得ない理由により、訓練を中止または一部中止することがあります。
- ② 上記①により訓練が中止または一部中止となった場合、未修了の訓練については、後日 NSTC が計画する同訓練の振り替えで受講をします。振り替えの訓練受講ができない場合は、受講料の返金を致します。受講料以外(旅費、宿泊費等)の返金は対象外となります。
- ③ 感染症が疑われる場合（発熱・咳・咽頭痛・味覚障害・風邪症状を発症中および繰り返しの症状があるなど）は、受講をお断りします。
- ④ 受講期間中に体調不良が確認された場合（発熱 37.5℃以上、風邪様症状など）は、訓練の受講をお断わりします。

受講訓練名	
受講訓練予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
会社名	
氏名（自署楷書）	

ver.2023.05.08



**Nippon Survival Training Center**