



## Statement of Physical Fitness/健康状態確認書(STCW)

以下の訓練内容および別紙「NSTC 訓練参加のための健康状態申告書」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       |  | 基本訓練<br>(STCW) | 実地訓練<br>(STCWR) |
|------------|--|----------------|-----------------|
| 洋上生存<br>訓練 | 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、基本泳法、溺者曳航、立ち泳ぎ、救命いかだへの乗り込みなどを行います。 | ○              | ○               |
| 応急処置<br>訓練 | 受講者は、ダミー人形を用いた心肺蘇生法などの訓練を行います。   | ○              |                 |
| 救命艇訓<br>練  | 受講者は、岸壁に備え付けられた救命艇に乗艇します。救命艇内は窮屈な空間となります。  | ○              | ○               |
| 消火訓練       | 受講者は、様々な持運び式消火器及びホースとノズルを用いて、小規模から中規模の訓練用火災を消火します。持運び式消火器具の質量は最大約21kgです。                       | ○              | ○               |
| 救助訓練       | 暗所における自蔵式呼吸具を使用しての火災の消火や、ダミー人形を用いた救助(搬送)訓練を実施します。  | ○              | ○               |

### 受講者情報

|        |                                  |        |     |              |       |
|--------|----------------------------------|--------|-----|--------------|-------|
| 氏<br>名 | (アルファベット)*パスポート・船員手帳同じ表記で記入ください。 | 性<br>別 | 男 女 | 生年月日<br>(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。<br><br>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。

# NSTC Training Medical Screening and Self-Declaration of Fitness Form

## NSTC 訓練参加のための健康状態申告書



### 1. 以下を注意してお読み下さい:

この訓練の身体を使う内容は、下記を含みます:

- 救命胴衣及びアビエーションスーツ又はイマーションスーツを着用して腕を使って水面を移動すること
- 水中で息を止めてヘリコプターのシミュレーターから脱出すること (OPITO 訓練のみ)
- プールサイド又は 3.3 フィート又は 1 メートルの高さから入水すること
- 水面で他の人を曳航して泳ぐこと
- プールへ入るとき・出るとき又は梯子を登る際に上半身を引っ張り上げること
- 水面から筏へ上がる際に上半身を引っ張り上げること  
(懸垂と似たような動作であるが、体重より 20 ポンド/10 キロの重さが加味される)
- 上半身を回転させたりねじる動き
- 非常用呼吸装置での呼吸 (OPITO 訓練のみ)
- 少なくとも 50 分間継続して教室に座っていること
- 視界の悪い状態で動くこと

### 2. 受講者健康状態申告

下記の質問は、あなた自身の健康状態について確認するためのものです。下記に該当する健康状態の質問に対して「はい」と回答する項目があれば、以下をしてください:

- 訓練の内容をかかりつけの医師に見せる
- 訓練を安全に完了できる健康状態であるかどうかの判断を医師に仰ぐ

この健康状態に関する質問は、コースに参加することができる体調かどうかを受講者が自主的に検討するために使用します。質問項目はあなたが医師と検討すべき項目全てを網羅しているものではありません。Training Participant Medical Declaration に訓練プログラムに参加する健康状態である同意する署名をする前に、医師との診断で確認するガイダンスの一例として挙げているものです。

| 質問  | はい | いいえ | 「はい」の場合、何をいつ? |
|---|----|-----|---------------|
| 最近病院にかかったり、外科的な治療を受けたか?                     |    |     |               |
| 身体的な障害があるか?                                 |    |     |               |
| 普段から眼鏡やコンタクトレンズを着用しているか?                    |    |     |               |
| 健康状態が理由で軽作業に配置されているか?                       |    |     |               |
| 過去 12 ヶ月以内に病気や健康状態に異変を感じたり、事故に遭ったことがある      |    |     |               |
| 過去 12 ヶ月以内に医師による治療が必要な健康状態にあったか?            |    |     |               |
| 高所や閉鎖空間、水に対する恐怖症である                         |    |     |               |
| 訓練実施上の動きに影響するような、ここで質問されている以外の肉体的・精神的な症状がある |    |     |               |
| 訓練を全般的に実施する上で不安なことがある                       |    |     |               |
| てんかん、発作、失神、昏倒をしたことがある                       |    |     |               |
| 頭に怪我をしたことがある                                |    |     |               |
| 頭痛や平衡感覚、聴覚に異常がある                            |    |     |               |
| 泳げない  |    |     |               |
| 泳ぎがあまり得意ではない                                |    |     |               |

# NSTC Training Medical Screening and Self-Declaration of Fitness Form



## NSTC 訓練参加のための健康状態申告書

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 水中では耳が過敏になる。あるいは、これまで水泳中や水泳後に耳に異常があった                |  |  |  |
| 息切れや呼吸に問題がある   |  |  |  |
| 胸痛の経験がある   |  |  |  |
| 関節の脱臼の経験がある（膝痛、腰痛等）                                  |  |  |  |
| 薬やその他に対してアレルギーがある                                    |  |  |  |
| 訓練中に自分の能力を低下させるような成分を含む薬を、24 時間以内に服用した               |  |  |  |
| 以下を患っているもしくは以下の既往歴があるか？                              |  |  |  |
| 呼吸器系疾患（アレルギー、喘息、気管支炎、結核、その他）                         |  |  |  |
| 循環器系疾患（心臓発作、狭心症、血栓症、静脈炎、その他）                         |  |  |  |
| 消化器系疾患（胃炎、潰瘍、B型/C型肝炎、その他）                            |  |  |  |
| 泌尿器系疾患（感染症、じん臓結石、その他）                                |  |  |  |
| 代謝性疾患（糖尿病、肥満、貧血、その他）                                 |  |  |  |
| 骨疾患（関節炎、骨折、脱臼、椎間板ヘルニア、リウマチ、その他）                      |  |  |  |
| 神経疾患（てんかん、うつ病、その他）                                   |  |  |  |
| 皮膚疾患（白癬、毛嚢炎、ヘルペス、その他）                                |  |  |  |
| 眼病（近視、その他）   |  |  |  |
| 高血圧症   |  |  |  |
| 静脈瘤（血行不良、静脈炎）  |  |  |  |
| 脱腸、痔、瘻孔  |  |  |  |
| その他、安全に訓練を完了することを制限するような健康的な問題や最近の怪我等がありましたら、挙げて下さい。 |  |  |  |

- 上記の情報は、私の健康や安全に関して問題が発生しない限りは機密情報として扱われることを理解しています。事故が発生した場合は、治療に必要な情報が開示されることに同意します。
- 上記を読み、この用紙で提供した情報は正確で、自身の健康状態に関する情報は全て提供していることを言明します。
- 訓練中に事故や疾病が発生したときは、即座にインストラクターかスタッフに報告しなければならないということを理解しています。

|    |  |         |  |    |                    |
|----|--|---------|--|----|--------------------|
| 名前 |  | 受講者のサイン |  | 日付 | DAY / MONTH / YEAR |
|----|--|---------|--|----|--------------------|



## Training Consent Form/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洋上生存訓練(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)
  - (2)ダミー人形を用いた心肺蘇生法などの応急処置訓練
  - (3)救命艇に乗り込んだ状態での降下訓練
  - (4)消火器具を用いた初期消火訓練
  - (5)暗所における自蔵式呼吸具を使用しての火災の消火や、ダミー人形を用いた救助(搬送)訓練
  
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**