

GWO Medical Self-Assessment 医学的自己評価シート

Your personal health is your own responsibility. 健康管理は自己責任です。

GiraffeWork shall not be held responsible for any illness whatsoever during or after the training.

トレーニング中またはトレーニング後に罹患したいかなる病気についても、GiraffeWork は責任を負いません。

This signed Medical Self-Assessment is part of course enrolment and must be completed prior to start of training.

この医学的自己評価シートへの署名は、コース登録の一部であり、トレーニング開始前に完了してください。

Full name (as stated in passport) 氏名 (パスポートと同じ表記)	WINDA ID ウィンダ ID
---	------------------

The following conditions could pose a risk, when you actively participate in training.

以下の症状は、積極的にトレーニングに参加する際のリスクとなるので、必ず申告してください。

1. Asthma or other respiratory disease 2 Epilepsy, syncope or other seizures 3. Dizziness or ear problems (such as imbalance) 4 Severe claustrophobia, fear of heights 5 Blood pressure disorders 6 Diabetes 7 Pacemaker or implantable cardioverter defibrillator 8 Arthritis, osteoarthritis, or muscle or skeletal disorders (especially lower back pain) 9 Severe allergies 10 Recent surgery 11 In addition, training in pools or training at heights may have a physical impact. Medical conditions and drug dependence

1.喘息またはその他の呼吸器疾患 2. てんかん、失神またはその他の発作 3. めまいや耳の問題（例えば、バランスの問題）
4. 重度の閉所恐怖症、高所恐怖症 5. 血圧の障害 6. 糖尿病、7.ペースメーカーや植え込み型除細動器 8. 関節炎、骨変性症、または筋肉や骨格の障害（特に腰痛） 9. 重度のアレルギー 10. 直近での手術歴 11. さらに、プールでのトレーニングや高所でのトレーニングは身体に影響を与える可能性があります。また、医療状態および薬物依存も同様です。

In case of emergency, please contact: (this may be Next of Kin or Company Sponsor)

緊急連絡先：緊急時に連絡の取れる親族または所属会社のご担当者についてお知らせください。

Name 氏名 (ふりがな)	Phone no. 電話番号
Relationship 続柄	

Please mark either A or B below, whichever is applicable. 下記AまたはBのどちらか、該当する方に○をつけてください。

A.	<p>I hereby confirm that I have read and understood the above listed risks and potentially life-threatening medical conditions, and that I am physically and medically fit to participate in training.</p> <p>There is no factor that will inhibit or affect my participation in training, and I agree to follow all instructions from the appointed staff for the duration of the training.</p> <p>Should there be any doubt regarding my medical fitness, GiraffeWork can stop the training and ask you to seek a physician's advice.</p> <p>GiraffeWork may confirm compliance with prerequisites for training, like adherence to weight limits for use of personal fall protection equipment (PFPE).</p> <p>I accept GiraffeWork's assessment of my competence and have the right to use GiraffeWork's appeals process if I disagree.</p> <p>上記に記載されたリスクおよび潜在的に生命を脅かす医療状態を読み、理解したことをここに確認します。また、私はトレーニングに参加するための身体的および医学的な適性があります。</p> <p>私のトレーニング参加を妨げる、または影響を与える要因は存在せず、トレーニング期間中、指名されたスタッフからのすべての指示に従うことに同意します。</p> <p>私の医学的な適性に疑問がある場合、GiraffeWork はトレーニングを停止し、医師の助言を求めるよう要求することができます。</p> <p>GiraffeWork は、個人用墜落防止装置 (PFPE) の使用に関する体重制限など、トレーニングの前提条件の遵守を確認することがあります。</p> <p>私は GiraffeWork による私の能力の評価を受け入れ、もし同意しない場合は GiraffeWork の異議申し立てプロセスを利用する権利があります。</p>
-----------	--

GWO Medical Self-Assessment 医学的自己評価シート

B.	<i>I can not confirm that I am physically and medically fit to participate in the training, and need advice.</i> 私は、トレーニング参加のための自身の身体的および医学的な適性について確定できません。アドバイスが必要です。
-----------	---

Signature
署名

Date
日付

For office use (トレーニングセンター使用欄)

<p>Participation in training approved after review by 下記のもが確認し、トレーニングへの参加は、承認されました。</p>
