

体験ダイビング参加申込書

氏名(フリガナ)	年 月 日生	歳	男・女	血液型	型 Rh(+・-)
	住所 〒			電話	
E-mail アドレス※					
緊急連絡先氏名(フリガナ)	住所 〒	続柄	電話		

※ 水中写真をお撮りした際、データをお送りしますので、ご希望の方はご記入ください。

(危険の告知書)

よく読んでご記入ください。

私 _____ (参加者) は、圧縮空気を使用するスクーバダイビングに付随する危険性について納得の行く説明を受け、理解した上で練習セクションとオープンウォーター・ダイビングに参加することをここに証明します。

以下の項目をよく読んでください。この声明(病歴書、危険の告知書、ダイビング知識と安全の復習を含)は、あなたにダイビングに関する潜在的な危険と体験ダイビング中にあなたに提供したいことをお知らせします。

あなたの署名がこのプログラム参加に当たって必要となります。もしあなたが未成年者なら、参加者声明(病歴書、危険について)にあなたと親権者の署名も必要となります。

あなたは、スクーバダイビング中に行う呼吸と圧平衡に関する最も重要である安全ルールをプロフェッショナルから教わります。スクーバ器材の誤った使用は重度な障害または死にいたることがあります。あなたがそれを正しく使えるように、資格のあるインストラクターの直接的な監督下で使用法を教わらなければいけません。

(参加者声明書)

このプログラムに参加するにあたり、私に関連する環境および条件などについてプログラムの実施者の指示に従います。また指示に従わず発生する事態あるいは不測の事態から私自身に生じる可能性のある障害その他の損害のすべてについて、私自身が責任を負うとともに、健康管理など細心の注意をはらって参加します。私は、このプログラムが、スクーバ・ダイビングへの体験的なプログラムとして設定されていることを理解しています。さらに進んでダイバーとして認定を受けるためには、認定コースに参加し、資格のあるインストラクターから直接全ての指導を受けなければならないことを理解しています。

私はプログラムを提供するダイビングサービスはまゆ(尚)または同所属のインストラクターに対して、私が同インストラクターの指示に従わなかったこと又は私の重大な過失によって私が被った損害については、同インストラクターに過失が存した場合においても、その賠償責任を問わないことを約束します。

私はこの危険の告知書が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、この危険についての内容のすべてを理解して署名します。私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名します。

参加者署名	日付	年	月	日
親権者署名	日付	年	月	日

(ダイビング後の飛行機搭乗に関する推奨事項)

1. ダイビング後に飛行機に乗る場合は、水面休息时间として少なくとも12 時間待たなければなりません。
2. 反復や複数日にわたるダイビングの後に、飛行機に乗る前に水面休息として少なくとも18 時間待たなければなりません。
3. 減圧停止をした場合は、飛行機に乗るまでは、水面休息として最低でも18 時間をこえる時間待たなければなりません。

病 歴 書

ご参加の皆様へ：この病歴書は、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断するためのものです。以下の各質問に「はい」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格がまったくないということを意味する訳ではありません。「はい」という回答があった場合、ダイビングをする時の安全性を阻む要因を明かにし、医師の助言が必要であることを意味します。

あなたの過去と現在の病歴について、以下の質問に「はい：Yes」または「いいえ：No」でお答え下さい。

どう答えてよいのか判断がつかない時は、安全を期して「はい：Yes」とご記入下さい。

「はい：Yes」と記入した箇所がある場合はこのプログラムに参加前に、医師の診断書をご提出いただくなくてはなりません。

_____ 現在、耳の炎症（中耳炎や外耳炎）がありますか？

_____ 今までに耳の病気をしたことがありますか？また、難聴やめまいの病気になったことがありますか？

_____ 今までに耳、副鼻腔の手術を受けたことがありますか？

_____ 現在、風邪、鼻づまり、副鼻腔炎、気管支炎にかかっていますか？

_____ 今までに呼吸器系の病気、重症の花粉症やアレルギー（眠れない、スギ喘息、ショックなど）にかかったことがありますか？

_____ 肺の病気にかかったことがありますか？

_____ 今までに気胸になったり、胸部の手術を受けたことがありますか？

_____ 現在、喘息の発作を起こすことがありますか？また、肺気腫、結核にかかったことがありますか？

_____ 現在、運動能力や精神面に影響する薬（眠気が出る薬、精神科の薬など）を服用していますか？

_____ 行動上の問題（多動症、精神障害など）、精神的または身体的な病気、神経系の病気がありますか？

_____ 現在妊娠をしている、またはその可能性がありますか？

_____ あなたは結腸瘻形成術（人工肛門手術）をうけていますか？

_____ 今までに心臓病や心臓発作を起こしたことがありますか？また、心臓や血管系の手術を受けたことがありますか？

_____ 今までに高血圧症、狭心症になったことがありますか？また、現在血圧の治療薬を服用していますか？

_____ 45才以上の方にお聞きします。家系に心臓発作や脳卒中の方がいましたか？

_____ 出血が止まらない病気、その他の血液の病気がありますか？

_____ 糖尿病といわれたことがありますか？

_____ 今までに意識消失、失神、けいれん、てんかんなどの発作を起こしたことがありますか？

また、これらの予防薬を服用していますか？

_____ 怪我、骨折、手術などによって、腰や四肢に障害がありますか？

_____ 閉所恐怖症、開所（広場）恐怖症、パニック発作になったことがありますか？

私は、病歴について上記の情報は間違いなく、病歴書の内容のすべてを確認して署名します。

私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名します。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日