

重要書類について

必ず下記内容を確認ください。

- ①「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は3枚組のシートになっています。
1枚目のダイバーメディカル/参加者チェックシートの10項目の質問に該当がなければ
2～3枚目のダイバーメディカルシートを記入する必要はありません。

ダイビングをするにあたって健康を生じうる状態があり、以下にそれをあげています。

この条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。
この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受けるかどうか
を判断するためのものです。

このチェックシートにないダイビング適正に関する懸念が少しでもあれば、ダイビング
をする前に医師に相談してください。

あなたの安全を、そして、一緒にダイビングをする他の人の安全のために、すべての
質問に正直に答えてください。

- 項目に該当するものが無い場合
問題なくご参加頂けます(3ページ目のお医者様の評価シート提出は必要ありません)
- 該当するものがあった(「はい」があった)場合
もしも、1ページ目で「はい」があった場合でも、2ページの該当する「欄」に進み、
その欄が全て「いいえ」であれば問題ありません。
3ページ内の欄で「はい」があった場合は、3ページ目のお医者様の署名などが入った
「ダイバーメディカル | 医師による評価シート」の提出が必要です。

「ダイバーメディカルチェックシート」の提出は、オンライン講座1回目までに提出が
必要です。

- ②「安全潜水実施了解声明書」と「 免責同意書
- 」の記入&提出はオンライン講座2回目終了後に提出が必要です。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

Scuba Support Service TRYS

TEL : 0738-65-3331 mail:contact@ssstrys.co.jp

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションalスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの「ダイビング」という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになるという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

お願い

レクリエーションalダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。
女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに、通常の肉体的あるいは精神的能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> A欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	はい <input type="checkbox"/> B欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
3	中程度の運動（例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> C欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に關係する問題が継続しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> D欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です（あるいは、過去5年以内に治療が必要でした）。または、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	はい <input type="checkbox"/> E欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> F欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> G欄へ	いいえ <input type="checkbox"/>
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。

参加者宣誓文：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることも生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

プリントしてご記入ください

プリントしてご記入ください

参加者のサイン（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です。）

日付(日 / 月 / 年)

参加者氏名（楷書）

生年月日（日/月/年）

インストラクター氏名（楷書）

ファシリティ名（楷書）

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（参加者チェックシートと医師の評価シート）を医師に提出して、評価を受けてください。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート (つづき)

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器 (例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置)、気胸または慢性肺疾患。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
心臓に関する問題、あるいは、病気。例えば：狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去30日以内に、肉体的あるいは精神的能力を損なう、肺や呼吸、心臓、血液に関する症状。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です :		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
高血圧です。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます (不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む)。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :		
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくは平衡感覚に問題があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に意識消失あるいは失神した (気をうしなったり、うしないようになった) ことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害 (躁うつ病) があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
現在継続して治療や特別な対処が必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食事制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠性糖尿病になりました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
G欄 - 私は過去に以下の状態でした :		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去7日以内に、医療的処置が必要な脱水状態になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、胃食道逆流症 (GERD) がありました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

ダイバーメディカル | 健康診断医師による評価シート

参加者名

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

上記の者は、レクリエーションダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、uhms.org をご確認ください。評価中に依頼人に関する (2ページの質問に「はい」と回答した) 部分についてご確認ください。

評価結果

- 参加することに同意します - レクリエーションスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーションスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

プリントしてご記入ください

プリントしてご記入ください

医師の署名

日付 (日/月/年)

医師名

(楷書)

資格

クリニック/病院

住所

電話番号

Eメール

医師/クリニックのスタンプ (任意)

作成: [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego



PADI 安全潜水実施了解声明書

注意して読んで後にご署名ください。

この声明書は、スキン・ダイビング、スクーバ・ダイビングを安全に行うために必要なことを知っていただくためのものです。これらを再確認し、了解していただくためにまとめられたものであり、ダイビングをするにあたっての快適度や安全性を増していただくために作成されています。

私 (氏名を楷書で) は、ダイバーとして以下の事項を守るべきであることを了解しています。

- 精神的にも身体的にもダイビングに適したよい体調を維持します。ダイビングに影響を与えるアルコールや薬物は控えます。つねに十分なスキルレベルを維持し、継続教育を通じてスキルレベルを高めます。ある期間ダイビングから遠ざかっていたときは、安全なコンディションのもとでスキルの復習をしてコースで使用したテキストを読み直して重要なダイビングに関する知識をリフレッシュします。
- 私が潜るダイビング・ポイントをよく知ります。初めて潜る場合やダイビング・ポイントの情報が不足している場合は、知識豊かな現地スタッフなどから正式なオリエンテーションを受けます。私が経験したことのある環境よりもコンディションが悪い場合には、ダイビングを延期するか、あるいは良いコンディションのダイビング・ポイントを代替地として選ぶようにします。私の受けたトレーニングや経験にあったダイビング活動にのみ参加するようにします。専門のトレーニングを受けていない場合は、ケーブあるいはテクニカル・ダイビング活動に参加しません。
- よく手入れされていて、使い慣れている器材を使用します。器材は各ダイビング前に正しく調整し、きちんと作動するかチェックします。スクーバ・ダイビングを行うときは必ずBCDと残圧計を使用します。ダイビングをするときは中圧インフレーター(パワー・インフレーター)付きのBCD、残圧計、ダイブ・プランニング/モニタリング器材(使い方の講習を受けたダイブ・コンピューターやRDP/テーブル)を使用します。認定を受けていないダイバーに私の器材を使用させません。
- ブリーフィングや注意事項、その他ダイビングに関する説明や指示をよく聞いて、私のダイビング活動を監督する人のアドバイスに敬意をはらいます。また、特別なダイビング活動への参加、不慣れた地域でのダイビング、6カ月以上ダイビングをしていない場合などは追加のトレーニングが必要であることを認識しています。
- ダイビング中は、最初から最後までバディ・システムを守ります。水中での連絡方法や万一離れ離れになったときに再集合するための方法、緊急手順などのダイブプランをバディと一緒に計画します。
- ダイブ・プランニングに熟達します(ダイブ・コンピューター、RDP/テーブルで)。すべてのダイビングを安全マージンのあるノンストップのダイビングで行ないます。水中では水深や時間をモニターする計器を使用します。ダイビングの最大深度は、私のトレーニング・レベルと経験の範囲内に制限します。1分間18メートルより遅い速度で浮上します。S.A.F.E.ダイバーになること— **Slowly Ascend From Every dive** (すべてのダイビングでゆっくりと浮上) を心がけます。水深5メートルで3分間あるいは用心してさらに長く安全停止をします。
- 正しい浮力を維持します。BCDに空気を入れなくても中性浮力になるように、水面でウエイト調整をします。水中では中性浮力を保ち、水面移動するときや水面で休息するときにはプラス浮力を確保します。ウエイトはいつでも捨てられるようにしておき、トラブルのときは浮力を確保します。少なくとも1個の水面用シグナル(シグナルチューブ、ホイッスル、ミラーなど)を携帯します。
- ダイビング中は正しい呼吸を維持します。圧縮空気を吸っているときには絶対に息ごらえやスキップ呼吸をしません。また、スキン・ダイビングなどの息ごらえダイビングでは、過剰なハイパーベンチレーションを避けます。水面、水中を問わず、水中にいるときは動きすぎて疲れてしまわないようにし、私の能力の限界内でダイビングします。
- 可能な限り、ボートやフロート(浮具)、その他の水面用ステーションを設置して使用します。
- 各ダイビング・ポイントでの漁業規則や、ダイブ・フラッグの使用など、ダイビングに関する法律や規則やルールを守ります。

私は、上記内容をよく読み、不明な点に対しては説明を受け、納得しました。私は、これらの実施要項の重要性と目的を理解しました。これらを守ることが私自身の安全と楽しみのために必要であることを理解し、ダイビングするにあたって、これらの実施要項を守らない場合には私自身を危険な状況においてしまう可能性があることを認識しています。

参加者署名

日付

未成年の場合、保護者の署名(親権者あるいは後見人)

日付



非代理店開示および同意書

欧州連合および欧州自由貿易連合内では別の用紙を使用してください。
よく読んでから空欄に必要事項を書き込み、最後に署名を記入してください。

私は、スクーバサポートサービスTRY5 および/または、私が参加するプログラムに関する
いずれの PADI Instructors および Divemasters 個人を含む PADI Members (「メンバー」)も、各種の PADI 商標を
使用し、PADI のトレーニングを実施する許可を受けているが、彼らは PADI Americas, Inc. あるいはその親会社、子会
社、および系列会社 (「PADI」) の代理人、従業員、あるいはフランチャイズ加盟者ではないことを理解し、これに同意します。私はさらに、メン
バーのビジネス活動は独立して行われるもので、PADIにより所有あるいは運営されるものではないこと、またPADIのダイバー・トレー
ニング・プログラムの基準はPADIが定めるものであるが、メンバーのビジネス活動および日常のPADIプログラムの実施、またメンバーある
いはそのスタッフによるダイバーの監督について、PADIは責任を負うものではなく、これを管理する権利を有するものでもないことを理解し
ます。また私は、スクーバサポートサービスTRY5 および/またはその活動に関連したインストラクターならびにダイブマスターの行
動、怠慢、あるいは過失について、PADIに対して責任義務を追求するものではないことを理解し、これに同意します。

免責同意およびリスク負担の認諾表明

欧州連合および欧州自由貿易連合内では別の用紙を使用してください。
よく読んでから空欄に必要事項を書き込み、最後に署名を記入してください。

私 受講者名 (受講者名)
は、スキューバダイビング及びスクーバ・ダイビングが重い傷害や死
亡に至る危険を伴うことを承知していることをここに確認します。

私は、圧縮空気を使用するダイビングには減圧症、塞栓症その他の
高圧による傷害などの一定の危険が伴い、再圧チャンパーにおけ
る治療を必要とする傷害が生ずる可能性があることも理解してい
ます。さらに、トレーニング及び認定に必要なオープンウォーター・
トレーニングは、再圧チャンパーのある場所から時間的にも距離
的にも遠く離れた場所で実施される場合があることも理解してい
ます。私はまた、ダイビング・ポイントの近くに再圧チャンパーがな
い場合であっても、このダイビング講習を受けることを選択します。

私は、このダイビング講習に私が参加した結果として、または下記
免責当事者を含む当事者の過失の結果として生じる、消極的なも
のであれ積極的なものであれ、私と私の家族、財産、相続人または
譲受人に対する傷害、死亡またはその他の損害については、私の、
私が 石引・盛岡・下谷 (インストラクター名およびスタッ
プ名)、私が指導を受ける スクーバサポートサービスTRY5 (ストア名)も
PADI インターナショナルも、その関連会社および子会社、それらの
それぞれの従業員、役員、代理人、契約者もしくは譲受人 (以下「免
責当事者」という) もいかなる形においても責任を負うことはない
ことを了解し、それに同意します。

また、このコース (オプションのアドベンチャーダイブを含む)、以
下「プログラム」と呼ぶ、への参加が許可されたことを考慮して、
学科講習、限定水域やオープンウォーターでのトレーニングなど、
このプログラムに生徒ダイバーとして参加している間に私に生ず
る可能性のあるいかなる傷害その他の損害についても、予測可
能な損害であるか否かに関わらず、その責任の全てを私が個人的
に負うことに同意します。

私はさらに、本プログラムの間または認定を受けた後に生じる請求
を含め、このプログラムへの登録および参加から生じる私と私の家

族、財産、相続人または譲受人による請求または訴訟について上記
プログラムおよび免責当事者の責任を免除し、損害を与えません。

私はまた、スキューバダイビングとスクーバ・ダイビングが肉体的に
激しい活動であり、ダイビング・コースにおいては相当に努力する
必要があることを理解しています。また心臓発作、パニック状態、
過呼吸、溺死その他による傷害を受けた場合には、私が上記明文
によりその傷害の危険を引受け、免責当事者にその責任を負わせ
ないことをここに了承します。

私はさらに、成年に達しており、この免責同意書に署名する資格が
あるか、または私の親権者、保護者の文書による同意を得ていま
す。また私は、ここに記載されている条件が契約であって単に注意
書きにとどまるものではないことを理解しており、本書によって私
の法的な権利を放棄することを承知のうえで私の自由意志でこの書
式に署名するものです。さらに私は、本同意書のいずれかの規定が
強制力をもたないか無効であるとわかった場合には、その規定を本
同意書から分離することに同意します。この場合、その残りの規定に
は強制できない規定がなかったものとして解釈するものとします。

私は、免責当事者に対して私本人が告発する権利を放棄するのみ
ならず、私の相続人、権利継承者、受遺者が、私の死亡に起因して
免責当事者を告発する権利をも放棄することを理解し、これに同
意します。さらに私は、私がこれを行う権利を有し、また、私の免責
当事者に対する表明により、私の相続人、権利継承者、受益者によ
るこれに相反する主張が禁じられることを表明します。

私 参加者氏名 (参加者氏名) は、本書により私
の 石引・盛岡・下谷 (インストラクター名およびスタッ
プ名)、私が指導を受ける スクーバサポートサービスTRY5 (ストア名)
ならびにPADI インターナショナルおよび上記の全ての関係者につ
いて、消極的なものであれ積極的なものであれ免責当事者の過失
などを含めいかなる事由によるものであれ人身傷害、財産傷害また
は不法行為による死亡の一切の責任を免除することに同意します。

私及び私の相続人は、自分そして私の相続人を代表して署名をする前に、本書を読んで免責及び危険引受同意書の内容について十分な知識を得ています。

参加者署名 _____ 日付(日/月/年) _____

親権者もしくは保護者署名 _____ 日付(日/月/年) _____