

体験ダイビング免責同意書及び病歴書

《免責同意書》

よく読んでご記入下さい。

私 _____ (署名) 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いく説明を受け、理解した上で練習セッ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署名します。

また、このプログラムの一部であるオープンウォーター・ダイビングでは、再圧チェンバーや医療施設から遠い環境の海や湖等の水域で実施される場合があることも理解した上で、このプログラムに参加することを同意します。このプログラムに参加した結果として、私に関する環境及び条件等についてもプログラムの提供に関係するものの判断および指示を尊重し従います。

私は、トライ・スクーバダイビング・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認定されていることを理解しています。更に進んでダイバーとしての認定を受けるためには、認定コースに参加し、資格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、このプログラムを提供する 中岡 恵司 / _____ (インストラクター/スタッフ) または 愛媛県八幡浜市保内町 (所在地) に所在する 愛媛ダイビングセンター アクアゲート _____ (ストア/主催者) 及びSSIに對して、私の行為に起因するあるいは私の判断が招いた結果、私が被せるかもしれない障害や損害、最悪の事態について、私と私に関係のあるいかなる者も上記のプログラムの提供に関する者に対して、賠償及び責任を問うことを免除します。

私は上記の文面を読み、スノーケリングまたはスクーバ・ダイビング活動、または、その指導中に発生し得る潜在的な危険性について、インストラクターと個人的に話し合う機会を持ったこと、そしてこの書面に署名することにより生ずる法的効力を十分に認識していることを認めます。

署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(開催日程) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (場所：○で囲む) 明浜・津島・() にて

(インストラクター名) 中岡 恵司 _____ により開催

◆下記の項目に、ご記入下さい。尚、ご利用2回目～の方は、現住所・緊急時連絡先のご記入を省いて頂いても構いません。

英大文字↓記入

受講者署名 (楷書) _____ (ローマ字) _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

生年月日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 血液型 _____ 型 ()

身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 足サイズ _____ cm _____ 性別 男・女

※.現住所 〒 _____

(※.利用2回目より記入不要)

※.緊急時連絡先 (住所) _____

(※.利用2回目より記入不要)

(電話) _____ (連絡者名/続柄) _____ / _____

《裏面の病歴書へのご記入もお願いします》

《 病 歴 書 》

ご参加の皆さまへ：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・YES」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格が全くないと言うことを意味するものではありません。

「はい・YES」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ら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」とお答え下さい。

(はいの場合はY、いいえの場合はNと下線の上に、ご記入下さい)

どう答えて良いのか判断がつかない時は安全を期して「はい・YES」と記入して下さい。

「はい・YES」と記入した箇所がある場合、このプログラムに参加する前に医師の診断書をご提出頂かなくてはなりません。

___ 現在、妊娠中ですか、又は妊娠の予定がありますか？

___ 日常、習慣的に投薬、又は市販薬品を服用していますか？

___ 45才以上の方で、以下の一つ以上の項目にあてはまりますか？

●現在、パイプ、葉巻、タバコを喫煙している。●血中のコレステロールの値が高い。●家族に心臓病や脳卒中の病歴がある。

以前に以下の病気にかかったことがある、または現在、以下の病気にかかっていますか？

___ 喘息、あるいは呼吸時や運動時に喘鳴（ゼイゼイする）することがある。

___ 花粉症やアレルギー症の激しい発作、あるいは頻繁に発作をおこす。

___ 風邪、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。

___ 耳または副鼻腔の手術を受けた。

___ 耳の病気や聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。

___ 心臓発作の経験がある。

___ 狭心症である。または心臓外科手術や動脈手術を受けた。

___ 心臓疾患にかかったことがある。

___ 肺や胸の手術を受けたことがある。なったことがある。

___ 腹部の手術をしたことがある。

___ 肺炎などの肺の病気になったことがある。

___ 気胸になったことがある。

___ 各種ヘルニアにかかったことがある。

___ 腰痛を繰り返し起こす。

___ 閉所恐怖症、高所恐怖症に陥ることがある。

___ 躁鬱賞などの精神的な問題がある。

___ 船や自動車などの乗り物酔いで困ることがある。

___ 人工肛門の手術を受けた。

___ ダイビング事故や減圧症になったことがある。

___ 糖尿病にかかったことがある。

___ 腰・腕・脚の外科手術や外傷・骨折の後遺症がある。

___ 潰瘍または潰瘍の外科手術を受けた。

___ ひどい出血やその他の血液障害をおこしたことがある。

___ 意識喪失や気絶したことがある（完全に又は一時的に意識を失った）

___ 偏頭痛を繰り返し起こす。または、それを抑える薬を服用している。

___ 麻薬、危険ドラッグ、薬物あるいはアルコール依存症になったことがある。

___ てんかん・発作・ケイレンをおこす。または、それを抑える薬を服用している。

___ 飛行機内あるいは高地でのドライブで耳の気圧障害（一時的な耳つまりが治らない）になったことがある。

___ 通常の運動が出来ない。高血圧症または血圧降下剤などの血圧をコントロールする薬を服用したことがある。

私は、この免責同意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、また私の病歴について上記の情報は間違いなく、この免責同意書と病歴書の内容の全てを確認して署名します。私が未成年の場合は親の親権者と共に署名します。

参加者署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日