

お名前 \_\_\_\_\_ ミドルネーム \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ 国 \_\_\_\_\_

生年月日 (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  男  女 プログラムの実施日 (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

プロの名前 \_\_\_\_\_ プロの署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

継続教育コース/プログラム名

## 医学証明書

受講者記録 (秘密厳守)

### 説明文を読んでから署名してください

この証明書には、ダイビングトレーニング中に必要とされる活動において発生する可能性のある危険に関する情報が書いてあります。以下のディーラーおよびインストラクターにより提供されるスクーバトレーニング・プログラムに参加するためには、この書面に署名する必要があります。

(インストラクター名) **ALL SCOTTY'S DIVE STAFF**

(ディーラー名) **SCOTTY'S ACTION SPORTS NETWORK**

(所在地) **Punta Engaño Road, Lapu-Lapu City 6015,**

**Cebu, Philippines**

署名に先立ち、説明文を読みその内容を理解してください。スクーバトレーニング・プログラムに参加するためには、下段の病歴欄を含む医学証明書に記入する必要があります。受講者が未成年の場合は、声明書に親権者もしくは保護者の署名が必要です。

ダイビングには体力と技能が要求されます。適切なテクニックを用いて行動すれば、きわめて安全に楽しむことができます。しかし、

決められた安全手順に従わないと危険を招くことになります。

安全にダイビングを行うためには、過度の肥満や体調不良は禁物です。健全な状態でのみ活発なダイビング活動が可能となります。循環器系および呼吸器系は健全でなければなりません。体内にあるすべての空間は正常かつ健全でなければなりません。心臓疾患のある人、現在風邪や過労の状態にある人、てんかんやぜんそく、深刻な健康不全の状態にある人、あるいはアルコールや薬物の影響下にある場合は潜水が禁じられています。何らかの治療を受けている人は、プログラムに参加する前に担当医およびインストラクターに相談してください。また、インストラクターから潜水中の呼吸法や圧平衡に関する重要な安全手順を学ぶ必要があります。器材の扱いを誤ると重傷を負う可能性があります。器材を安全に使用するため、認定されたインストラクターの直接監督下で徹底的にその使用法を学ぶようにします。この医学証明書の病歴欄に関してまだ疑問が残る場合は、インストラクターとともにその内容を検討した上で署名してください。

## 病歴書

### 受講者の方へ：

この医学的な質問事項は、レクリエーションダイバー・トレーニング参加に際して担当医の検診が必要かどうかを決定するためのものです。質問に該当するものがあつたからといって、必ずしもダイビングを行う権利を失うというわけではありません。それは、ダイビング中の安全に影響を与えそうな既往症があり、担当医の助言が必要であることを意味します。次に示す過去もしくは現在の病歴についての質問に該当するものがあれば  をしてください。答えに確信が持てないときは  してください。チェック欄に該当する項目が1つでもあつた場合は、ダイビングを始めるに当たり医師の検診を受ける必要があるといえます。医学証明書とレクリエーションダイバーの健康診断ガイドラインがインストラクターから渡されるので、それを担当医に提出してください。

- 妊娠していますか。もしくは、その疑いがありますか。
- 処方箋を使用した、または使用しない治療を定期的に受けていますか (避妊は除く)。
- 45歳以上で、かつまた次の項目1つ以上当てはまる。
- ・ 現在、煙草を喫っている。
  - ・ コレステロール値が高い。
  - ・ 家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある。
  - ・ 現在治療中の疾病、病気がある
  - ・ 高血圧
  - ・ 糖尿病、または病歴がある

### 以下の病歴がありますか、もしくは現在その症状にありますか

- ぜんそくがある、または息がぜいぜいする、または運動すると息が切れる。
- 花粉症またはアレルギーの発作にたびたび襲われる。

- 風邪、副鼻腔炎、気管支炎にかかりやすい。
- 何らかの肺疾患がある。
- 気胸である。
- 胸部の手術をした。
- 閉所恐怖症または広場恐怖症 (閉じられた空間または広い空間への恐怖)。
- 体の一部または全部にマヒがある。
- てんかん、各種の発作、けいれんを起こした。または、その予防治療を行った。
- 偏頭痛によく襲われる。または、その予防治療を行った。
- 失神や意識が薄れたことがある (意識の全体的/部分的な喪失)。
- よく乗り物酔い (自動車、船など) に悩まされる。
- ダイビング障害や減圧症にかかった。
- 軽い運動ができない。(例: 12分間以内に約1600mの歩行)
- 慢性の腰痛がある。
- 腰部または脊椎を手術した。

- 糖尿病の病歴がある。
- 手術、ケガ、骨折の後に腰部、腕、脚の障害がある。
- 5年以内に頭部損傷による意識の喪失がある
- 何らかの心臓疾患の病歴がある。
- 心臓発作を起こしたことがある。
- 狭心症、または心臓血管の手術をした。
- 副鼻腔の手術をした。
- 耳の疾患、難聴、平衡感の障害にかかったことがある。
- 航空機や登山で、耳の圧平衡 (耳抜き) に問題がある。
- 重傷や不整脈になったことがある。
- 何らかのヘルニアの病歴がある。
- 潰瘍の病歴または手術歴がある。
- 結腸切開手術を受けた、または人工肛門の形成がある。
- 5年以内に薬物またはアルコール依存の治療をしたことがある。

私の病歴に関して提供した情報は、私の知るかぎり正確なものであることを声明いたします。

受講者署名: \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

保護者署名: \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

親または保護者 (必要な場合のみ)

### 3. 了解陳述書およびリスク承認声明書 - ディスカバー・スクーバ・ダイビング

私、\_\_\_\_\_ は、スキン・ダイビングおよびスクーバ・ダイビングが、深刻な負傷、あるいは死亡をもたらす  
固有の危険を持っていることを理解することをここに証言します。特に、私は以下の事項について認証します：

1. 私は、このディスカバー・スクーバ・ダイビングの安全潜水標準実施要綱了解に目を通し理解するとともに、すべての質問に対して満足のいく説明を受けました。私は、これらの注意事項は私自身の安全と健康のためであり、遵守しない場合には、ダイビングの時に危険を伴うことを理解します。
2. 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障害などの一定の危険が伴い、その結果、死亡や重度の障害に至る可能性があることを理解します。
3. 上記の第2条項に記載された傷害は、再圧チェンバーによる治療を必要とすることがあります。しかし、ディスカバー・スクーバ・ダイビング・プログラムの一部であるオープン・ウォーター・ダイビングは、再圧チェンバーから時間的、および距離的に遠く離れた場所で実施されることがあります。私は、ダイビングを実施する場所の付近に再圧チェンバーがないことがあることを了解した上で、ディスカバー・スクーバ・ダイビング・プログラムに参加することを希望します。
4. スキン・ダイビングおよびスクーバ・ダイビングは、肉体的に過激なアクティビティであり、人によって心臓発作、パニック又は呼吸亢進などの傷害を引き起こすことがあります。
5. スクーバ・ダイビングは、装備の使用を伴う活動で、装備の故障で死亡、又は身体傷害の危険があります。
6. スキン・ダイビングおよびスクーバ・ダイビングには、必然的に、嵐、暴風雨、風、潮、水棲生物をはじめ自然への露出が伴います。これらには、死亡又は身体傷害の危険が付随します。
7. ディスカバー・スクーバ・ダイビングは、スクーバ・ダイビングの安全な入門コースとして認定されています。このプログラムの目的は、有資格のダイバーとして私を訓練することではありません。更に、認定を受けた有能なダイバーとなるためには、有資格のインストラクターから、スクーバ装備使用に関する全ての指導を受けなければならないことを理解し、同意します。
8. わたしは、このディスカバー・スクーバ・ダイビング・プログラムへの参加を許可されたことを考慮して、ディスカバー・スクーバ・ダイビング・プログラムに参加中に被る可能性のあるいかなる危害、傷害、又は損害など、当該プログラムの関連するすべての危険を、それが予測可能であるか否かにかかわらず、自らの責任において負うことをここに誓います。
9. 更に私は、自分が成年に達しており、このリスク承認声明書に署名する法的責任能力をもつこと、あるいは親又は法的保護者の書面による同意を得ていることを明言します。
10. 病歴／診断の声明書に記入した情報は、私の知る限りにおいて、正確なものです。私は、現在又は過去の病状／病気の申告を怠ったことによる責任を負うことを合意します。
11. 本書いづれかの部分が関連するいかなる法規と矛盾する場合、その矛盾の部分においてのみ本書が無効になることを同意します。
12. ここに記載されている条項は、単なる説明でなく契約であり、私は自らの自由意志にもとづき本書に署名したことを理解します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 親／保護者署名 \_\_\_\_\_ 署名日付 \_\_\_\_\_

### 4. プライバシー

私は、私が参加しようと意図するこのダイブ・コースを運営する独立したダイブ・運営業者（“ダイブ・コース運営業者”）がこの書類によって私の個人情報を集めることを承諾します。規定必要条件、保険要求条件や、品質管理の目的を満たすために、私の個人情報を渡すこととその使用を承諾します。

裏面に提供した私の医療情報は、ダイブ・コース運営業者の自体のプライバシー政策により保管されるもので、ダイブ・コース運営業者の保管会社又は保険会社、又は関連部署の安全と法的検討のため必要になる場合にはこの情報が提供される場合もあることを理解し、同意します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 親／保護者署名 \_\_\_\_\_ 署名日付 \_\_\_\_\_

### 5. 免責同意書 - ディスカバー・スクーバ・ダイビング

私は、自分自身および相続人のために署名する前に、前述のリスク承認声明書とこの免責同意書の内容について十分理解しました。

更に私は、このコースを担当するダイビング・インストラクター **ALL SCOTTY'S DIVE STAFF**、コースの実施設 **SCOTTY'S ACTION SPORTS NETWORK** あるいはそれらの従業員、職員、代理店、譲受人（以下「被免責者」という）のいずれも、私がこのディスカバー・スクーバ・ダイビング・プログラムに参加することにより、私又は私の家族、相続人、譲受人が被る可能性のある傷害、死亡、その他の損害に対して、それが予測可能であるか否かにかかわらず、一切責任を負わないことを同意します。

参加者署名 \_\_\_\_\_ 親／保護者署名 \_\_\_\_\_ 署名日付 \_\_\_\_\_