

DIVE HOUSE 常夏屋

免責同意書

よくお読み下さい。

私は、スクーバダイビングに付随する危険性について、十分な説明と注意を受けた事を証明します。私は、圧縮空気を使用するダイビングには一定の危険が伴い減圧症などの再圧チャンバーの治療を必要とする重度障害を引き起こす可能性のある事も理解しています。又、このプログラムの1部にあるオープンウォーターダイビングでは再圧チャンバーや医療施設から遠く離れた環境の中で実施される事も理解した上でこのプログラムに参加します。このプログラムに参加した結果として、私に関連する環境及び条件等についても、プログラムの提供に関するものの判断及び支持を尊重し従います。また、支持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全てについて、私自身が責任を負うと共に、健康管理など細心の注意を払って参加します。私は、ディスカバースクーバ・ダイビングプログラムが、体験的なプログラムとして開催されている事を理解しています。更に進んでダイバーとしての認定を受ける為には、コースに参加し資格ある認定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事を理解しています。私は、このプログラムを提供するダイブハウス常夏屋及び主催団体 PADI に対して、私の行為に起因するあるいは私の判断が招いた結果、私が被せられ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事を免除します。また、自分自身で危険を避ける努力をし、仮に最悪の事態等になっても自分の責任である事に了解している事を、ここに確認します。

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為の物です。以下の各項目に YES と答えたからといって、あなたがダイビングをする資格に欠ける事を意味する訳ではありません。その回答はあなたのダイビング時の安全性を阻害させる条件を判明させ医師からのアドバイスを必要とする事を意味します。あなたの、過去と現在の病歴に関する以下の質問に YES 又は NO でお答え下さい。(YES の場合は Y、NO の場合は N でご記入下さい。) 回答が不明な場合は、安全を記して YES とお答え下さい。いずれかが当てはまる場合には、スクーバダイビングに参加する前に医師の診断書を提出して頂かなければなりません。

____ 妊娠中ですか。又は妊娠の予定はありますか。

____ 日常、習慣的に投薬、又は市販された薬品を服用していますか。(避妊薬は除く)

____ 45 才以上の方で、以下の1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。

● コレステロールの血中レベルが高い。

● 家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある。

____ 以前下記の病気ににかかった事がある。又は現在かかっていますか。

____ 喘息(ぜんそく)あるいは運動時にぜいぜいする。

____ 花粉症又はアレルギー症状がひどく頻繁に発作をおこす。

____ カゼ、副鼻腔炎、又は気管支炎によくかかる。

____ 肺の病気(肺炎など)になった事がある。

____ 気胸になった事がありますか？

____ 肺胸部の手術を受けた事がある。

____ 閉所恐怖症、又は広所恐怖症に陥る事がある。

____ 行動、品行上の精神的な問題がある。そううつ症

____ 又はそれを押さえる為の薬を服用している。

____ てんかん、発作、けいれんを起こす。

____ 偏頭痛を繰り返す。又はそれを押さえる為の薬を服用している。

____ 意識損失や気絶した事がある。(完全又は一時的に意識を失った。)

____ 乗り物酔いで困る事がよくある。

____ ダイビング事故や減圧症になった事がある。

____ 腰痛を繰り返す。

____ 腰部の手術を受けた事がある。

____ 糖尿病にかかった事がある。

____ 腰、腕、脚の外科手術、外傷あるいは骨折後の後遺症がある。

____ 普通の運動が出来ない。

____ 高血圧症、又は血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用した事がある。

____ 心臓疾患にかかったことがある。

____ 心臓発作の経験がある。

____ 狭心症、あるいは心臓外科手術、又は動脈手術を受けた事がある。

____ 耳、又は副鼻腔の手術を受けた事がある。

____ 耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になった事がある。

____ 飛行機内、あるいは高地でのドライブの際、耳の気圧障害

____ (一時的な耳詰まりが治らない。)になった事がある。

____ 出血やその他の、血液障害を起こした事がある。

____ 各種ヘルニアにかかった事がある。

____ 潰瘍又は潰瘍の外科手術を受けた事がある。

____ 人工肛門の手術を受けた事がある。

____ 麻薬、薬物依存症、あるいはアルコール依存症になった事がある。

参加者署名

日付 年 月 日

親権者署名(未成年の場合)

日付 年 月 日