

# PADI ディスカバー・スクーバ・ダイビング

## 参加者声明書

以下の項目をよく読んでください。

この声明(病歴書、危険について、インストラクターによるディスカバー・スクーバ・ダイビング知識と安全の説明を含みます)は、あなたにダイビングに関する潜在的な危険とディスカバー・スクーバ・ダイビング中にあなたに提供したいこととお知らせします。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PADI 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方法を教わらなければいけません。

## ディスカバー・スクーバ・ダイビングの危険について

(日本国内での使用に限る)

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証明します。

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インストラクター(PADI メンバー)または沖縄(所在地)に所在する Sea World(ストア)及びPADI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

親権者署名

(未成年の場合)

日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 病 歴 書

スクーバ・ダイビングに参加する際に、あなたの過去と現在の病歴について、以下の質問に「はい」または「いいえ」でお答えください。「はい」の場合はY、「いいえ」の場合はN、とご記入ください。

「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わけではありません。「はい」という回答があった場合には、ダイビングをする時の安全性を図るため、インストラクターが問診いたします。医師の診断が必要と判断した場合は、ダイビングできない場合がありますのでご了承ください。どう答えてよいかわからない場合は、安全を期して「はい：Y」とご記入ください。

- \_\_\_\_\_ 現在妊娠中ですか。またはその可能性がありますか。
- \_\_\_\_\_ 喘息、あるいは呼吸時や運動時に喘鳴（ゼイゼイすること）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。
- \_\_\_\_\_ 肺炎などの肺の病気になったことがある。
- \_\_\_\_\_ その他の肺の病気がある。またはなったことがある。もしくは肺（胸部）の手術を受けたことがある。
- \_\_\_\_\_ 気胸になったことがある。
- \_\_\_\_\_ 不安発作、閉所恐怖症、広所恐怖症に陥ることがある。またはなったことがある。
- \_\_\_\_\_ 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。
- \_\_\_\_\_ 意識喪失や気絶したことがある。（完全にまたは、一時的に）
- \_\_\_\_\_ 船や自動車などの乗り物酔いで困ることがある。
- \_\_\_\_\_ ダイビング事故や減圧症になったことがある。
- \_\_\_\_\_ 糖尿病である。またはなったことがある。
- \_\_\_\_\_ 腰痛を繰り返しおこす。
- \_\_\_\_\_ 腰部の手術を受けたことがある。
- \_\_\_\_\_ 腰・腕・脚の外科手術、外傷、骨折の後の後遺症がある。
- \_\_\_\_\_ 心臓疾患にかかったことがある。
- \_\_\_\_\_ 心臓発作の経験がある。
- \_\_\_\_\_ 狭心症である。または心臓外科手術や動脈手術をうけた。
- \_\_\_\_\_ 耳または副鼻腔の手術をうけた。
- \_\_\_\_\_ 耳の病気や聴覚障害、平均感覚障害になったことがある。
- \_\_\_\_\_ 飛行機内あるいは高地でのドライブで耳の気圧障害（一時的な耳詰りが治らない）になったことがある。
- \_\_\_\_\_ ひどい出血やその他の血液障害をおこしたことがある。
- \_\_\_\_\_ 各種のヘルニアにかかったことがある。
- \_\_\_\_\_ 腫瘍または潰瘍の外科手術をうけた。
- \_\_\_\_\_ 人口肛門の手術をうけた。
- \_\_\_\_\_ 麻薬・薬物あるいはアルコール依存症になったことがある。

### ダイビングポイント

- ナガンヌ北
- ナガンヌ南
- 真栄田岬
- 大渡海岸
- その他

( )

※スタッフ記入

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

参加者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者署名 \_\_\_\_\_  
(未成年者) \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

スタッフ署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日