

私、(受講者名) _____ は、_____ 年 _____ 月 _____ 日より、(所在地) _____
_____にある(ダイブセンター名) _____ の施設を通じ、(ダイブプロフェッショナル名) _____

から、スノーケリング／スクーバダイビングには生命、身体、財産に対するリスク／危険があることについて十分な説明を受けました。

とくに、海洋で行う認定トレーニングに必要な圧縮空気を使用するスクーバダイビングが一定のリスク／危険を伴うため、再圧チャンバーまたはその他の施設で治療を必要とする障害を受ける可能性があることも承知しています。さらにトレーニングと認定またはその他のダイビング活動に必要な海洋または他の水域でのダイビングが、再圧チャンバーまたは医療施設から時間的にも距離的にも離れた潜水地で実施される場合があることを了解しています。私は、このコースに健康管理など細心の注意をはらい参加しますが、受講・活動した結果として私が被る可能性のある身体的・物的損害については、潜水地の近くに再圧チャンバーまたは医療施設があったか否かにかかわらず、私自身で責任を負います。

私は上記のとおり受講・活動につき、SSI スノーケリング／スクーバダイビングコースの指導プログラムまたは SSI ダイブセンターや SSI ダイブプロフェッショナルの指示に従わずに、身体的・物的損害が生じることがあっても、上記 SSI ダイブセンター、SSI ダイブプロフェッショナル、SSI (スクーバスクールズインターナショナル) 本部および日本支部にその賠償責任を問わないことに同意します。

私は、この同意書／権利放棄書を読みリスク認識ビデオを視聴し、その条項を十分に理解し、スノーケリングまたはスクーバダイビングのコース・活動ならびにダイビング関連活動への参加に付随する危険性についてダイブリーダーと話し合う機会を持ちました。上記内容を理解し、その法的意義を承知した上で、私自身の意思で署名しました。

受講者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

立会人署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親または親権者（受講生が未成年の場合）

私は、未成年者の受講者の親または保証人として、この書面に署名します。

親または
親権者署名 (楷書) _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

立会人署名 (楷書) _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意：未成年者の場合、この同意書への署名は保護者だけでなく、未成年者も受講者としての署名をしてください。

トライスクーバ (体験ダイビング) トレーニングレコード

氏名 (漢字) _____ (英文) _____

住所 〒 _____

電話 (勤務先) _____ (_____) (自宅) _____ (_____)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 / 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

緊急連絡先名 _____ 住所 〒 _____

続柄 _____ 電話 _____

トライスクーバ (プール・海洋) プログラム

カリキュラム	学科講習	プール (限定水域)	海洋実習
日付			
インストラクター 署名			
受講者署名			

下記の署名は、SSI トライスクーバプログラムのプール (限定水域) か海洋の両方のプログラムを満了に修了したことを、受講生とインストラクターの相互で証します。

/ / 受講者署名: _____

▲日付 _____
インストラクター署名: _____ No. _____

受講者の方へ (詳しくは SSI インストラクターより説明を受けてください)

- ・ トライスクーバ修了後、14 日以内にエントリーレベルコースに参加すると一部免除項目があります
- ・ トライスクーバの海洋経験ダイブが 15 分以上の場合、エントリーレベルの海洋ダイビングに充当することができます

トライスクーバプログラム実施ダイブセンター

店名 _____

住所 〒 _____

電話 _____ (_____) 担当者 _____

トライスクーバ修了後に、divessi.com (ODiN) よりダイバー登録をしていただくようお願いします。

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。以下のダイブセンタ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) _____

(ダイブセンター名) _____

所在地 _____

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、証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となります。

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

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 V をしてください。答えに確信が持てないときは Δ をしてください。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者から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向け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。 | — 何らかの肺疾患がある。 | — 手術、ケガ、骨折の後に腰部、腕、脚の障害がある。 |
| — 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)。 | — 気胸である。 | — 5 年以内に頭部損傷による意識の喪失がある |
| — 45 歳以上で、かつまた次の項目 1 つ以上当てはまる | — 胸部の手術をした。 | — 何らかの心臓疾患の病歴がある。 |
| ・ 現在、煙草を喫っている | — 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)。 | — 心臓発作を起こしたことがある。 |
| ・ コレステロール値が高い | — 体の一部または全部にマヒがある。 | — 狭心症、または心臓血管の手術をした。 |
| ・ 家族に心臓麻痺、心臓発作の病歴がある | — 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。 | — 副鼻腔の手術をした。 |
| ・ 現在治療中の疾病、病気がある | — 偏頭痛によく襲われる。または、その予防治療を行った。 | — 耳の疾患、難聴、平衡感の障害にかかったことがある。 |
| ・ 高血圧 | — 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)。 | — 航空機や登山で、耳の圧平衡 (耳抜き) に問題がある。 |
| ・ 糖尿病、または病歴がある | — よく乗り物酔い (自動車、船など) に悩まされる。 | — 重傷や不整脈になったことがある。 |
| | — ダイビング障害や減圧症にかかった。 | — 何らかのヘルニアの病歴がある。 |
| | — 軽い運動ができない。(例: 12 分間に約 1600m の歩行) | — 潰瘍の病歴または手術歴がある。 |
| | — 慢性的腰痛がある。 | — 結腸切開手術を受けた、または人工肛門の形成がある。 |
| | — 腰部または脊椎を手術した。 | — 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。 |
| | — 糖尿病の病歴がある。 | |

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。

署名: _____ 日付 _____

保護者署名: _____ 日付 _____

親または保護者 (必要な場合のみ)