

スクーバダイビング 参加申込書

氏名 _____

生年月日 _____ / _____ / _____ (歳)

住所 〒 _____

緊急連絡先 _____

1. 病歴書は該当する項目があれば番号の横にある□に☑印を入れ、何もなければ 32 番のみに☑印を入れて下さい。
2. 名前は漢字、サインはローマ字、そして日付を入れて下さい。
3. 免責同意書は参加者名と書いている 2ヶ所に漢字で名前を記入し、最後にもう一度日付を入れて下さい。

※ 参加者が未成年の場合は、保護者の方が最後の欄に署名と日付を記入して下さい。

病歴書

あなたの過去の病歴と現在の健康状態に該当する項目に、☑印を記入して下さい。これら 1 から 31 項目の中で該当するものがある場合にはスクーバダイビングに参加する前に医師に相談して頂かなくてはなりません。

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 現在、妊娠をしている、もしくはその可能性がある。 | 16. <input type="checkbox"/> 中等度の運動が出来ない。(運動するとゼイゼイする) |
| 2. <input type="checkbox"/> 現在、医師の下に通院している、または処方箋による投薬を受けている。 | 17. <input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返し起こす。 |
| 3. <input type="checkbox"/> 喘息(ぜんそく)、あるいは呼吸時の喘息(ぜいぜいする)。 | 18. <input type="checkbox"/> 意識を失う頭部の損傷や腰/背骨のケガをしたことがある。 |
| 4. <input type="checkbox"/> 今現在、花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作がある。 | 19. <input type="checkbox"/> 糖尿病である、またはなったことがある。 |
| 5. <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。 | 20. <input type="checkbox"/> 腰、腕、脚の外傷手術、外傷や骨折後の後遺症がある。 |
| 6. <input type="checkbox"/> 何らかの肺の病気(肺炎など)がある、またはなったことがある。 | 21. <input type="checkbox"/> 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用している、またはしていた。 |
| 7. <input type="checkbox"/> 気胸がある、またはなったことがある。 | 22. <input type="checkbox"/> 心臓疾患、狭心症、あるいは心臓外傷手術、または動脈手術を受けている。 |
| 8. <input type="checkbox"/> 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。 | 23. <input type="checkbox"/> 心臓発作が起きる、または起きたことがある。 |
| 9. <input type="checkbox"/> 不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症などの行動上、精神的、心理的な問題がある、またはなったことがある。 | 24. <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術を受けている。 |
| 10. <input type="checkbox"/> てんかん、発作、けいれんを起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。 | 25. <input type="checkbox"/> 耳の手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害がある。 |
| 11. <input type="checkbox"/> 偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑えるための薬を服用している。 | 26. <input type="checkbox"/> 耳の病気を繰り返し起こす。(耳抜きが困難) |
| 12. <input type="checkbox"/> 意識喪失や気絶をしたことがある。 | 27. <input type="checkbox"/> 出血やその他の血液障害がある、またはあった。 |
| 13. <input type="checkbox"/> 乗り物酔いが激しくある。(船酔いや車酔いなど) | 28. <input type="checkbox"/> ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。 |
| 14. <input type="checkbox"/> 赤痢または脱水症状で治療が必要である。 | 29. <input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外傷手術を受けている。 |
| 15. <input type="checkbox"/> 何らかのダイビング事故や減圧症になったことがある。 | 30. <input type="checkbox"/> 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。 |
| | 31. <input type="checkbox"/> 45 歳以上の方で 1 日 1 箱以上喫煙する。 |
| | 32. <input type="checkbox"/> 以上のどれでもない。 |

(漢字)

(ローマ字)

名前 _____

サイン _____

日付 _____ / _____ / _____

免責同意書 (署名する前に注意して読んでください。)

私(参加者名) _____ は、スキンドайビング及びスクーバダイビングが重い傷害や死亡にいたる危険を伴うことを承知していることをここに確認します。

私は、圧縮空気を使用するダイビングには減圧症その他の高圧による傷害などの一定の危険が伴い、再圧チャンバーにおける治療を必要とする傷害が生ずる可能性があることも理解しています。さらに、トレーニングは再圧チャンバーのある場所から時間的にも距離的にも遠く離れた場所で実施される場合があることも理解しています。

私はダイビングポイントの近くに再圧チャンバーがない場合であっても、このダイビング講習を受けることを選択します。「病歴書」に記入した私の病歴に関する情報は、私の知る限りにおいて正確です。私は、現在もしくは過去の健康状態に関する情報開示を怠ったことによる、記入漏れによる責任を負うことを同意します。

私は、このダイビング講習に私が参加した結果として、または下記免責当事者を含む当事者の過失の結果として生じる、消極的なものであれ積極的なものであれ、私と私の家族、財産、相続人または譲受人に対する傷害、死亡またはその他の損害については、私の(インストラクター名) _____、私が指導を受ける(ストア名) P.W.A. も PADI インターナショナルも、その関連会社および子会社、それらの従業員、役員、代理人、契約者もしくは譲受人(以下「免責当事者」という)もいかなる形においても責任を負うことはないことを了解し、それに同意します。

私は、このプログラムへの参加を許可されるに当たり、学科、限定水域活動、もしくはオープンウォーター活動などに限定されることなく、このプログラムへの参加中に起こりうる何らかの危害、傷害、損害が予見可能か否かを問わず、これらのリスクを私自身が負担します。

さらに私は、スキンドайビングやスクーバダイビングが肉体的に激しい活動であり、このプログラムでは自らに負荷を与えることを理解しています。また、心臓発作、パニック、過換気等の結果、私が傷害を負った場合、私がかかる傷害に対するリスクを自ら負担することを明示し、その傷害に対し、関連当事者を免責することも承知しています。

私はさらに、成年に達しており、この免責同意書に署名する資格があるか、または私の親権者、保護者の文書による同意を得ています。

また私は、ここに記載されている条件が契約であって単に注意書きにとどまるものではないことを理解しており、本書によって私の法的な権利を放棄することを承知の上で、私の自由意志でこの書式に署名するものです。さらに私は、本同意書のいずれかの規定が強制力をもたないか無効であると分かった場合には、その規定を本同意書から分離することに同意します。この場合、その残りの規定には強制できない規定がなかったものとして解釈するものとします。

私(参加者名) _____ は、本書により私の(インストラクター名) _____、私が指導を受ける(ストア名) P.W.A. ならびに PADI インターナショナル及び上記のすべての関係者について、消極的なものであれ積極的なものであれ免責当事者の過失などを含め、いかなる事由によるものであれ人身傷害、財産損害または不法行為による死亡の一切の責任を免除することに同意します。

私は、この免責同意書について私自身及び私の相続人に為し、署名する前にそれを読んでその内容を十分承知しています。

(参加者名) _____

(日付) _____ / _____ / _____

未成年の場合の親権者の署名 _____

(日付) _____ / _____ / _____

新型コロナウイルス感染リスクに関する同意書

● COVID-19 新型コロナウイルス感染リスクがあることを承諾した上でツアーに参加する事に同意します。また、感染リスクを含むあらゆるリスク、損失においてご利用されるお客様ご自身による自己責任であることに同意します。万が一、参加されたお客様に感染が確認された場合、調査機関への情報開示、お客様へご連絡差し上げることに同意します。

● ツアーに参加されている間、マスクの着用や消毒及び感染を防止する行為に協力することを同意します。

● 月 日 年

● お名前

● 電話番号

● 旅行会社

● 帰国日

● 宿泊先のホテル名

● 日本のご住所

※本同意書の保管期間は2ヶ月。期間を過ぎた同意書は、当社が責任を持って破棄します。

※本同意書にて得られた情報を当社が利用することはございません。ご理解の程よろしくお願いいたします。