

赤い太枠と★印をご記入ください

以下病歴チェックをお願いします。

## PADI ディスカバー・スクーバ・ダイビング 申込み書

お名前(漢字)	_____	(ローマ字)	_____
住所	〒 _____		
携帯電話	( _____ )	性別：男 女	年齢： _____ 才
e-mail	(任意) _____		
緊急連絡先	※ツアーに参加されていない方をご記入ください		
氏名	_____	本人との関係：	_____
電話番号	( _____ )		

### ダイバーメディカル／参加者チェックシート

レクリエーションスクーバダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適正に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。感染症の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。あなたの安全、そして一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えて下さい。

### お願い

レクリエーションダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。

女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに肺／呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。 あるいは、COVID-19（新型コロナウイルス感染症）と診断されたことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3	中程度の運動（例えば、1.6Kmを14分で歩く、あるいは、200mを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。 または、過去12か月の間に適正あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5	12か月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経障害あるいは疾病に なったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です。 (あるいは、過去5年以内に治療が必要でした。)または、学習障害と診断されたことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（リアム）以外の抗マalaria薬は除く）。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

### 参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名・日付に記入ご確認ください。

**参加者宣誓文**：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなるものが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者氏名(楷書)★ \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

参加者のサイン(未成年の場合は保護者/親権者のサインが必要です)

★ \_\_\_\_\_ 日付(西暦) 2022 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

インストラクター氏名(楷書) \_\_\_\_\_ ファシリティ名(楷書) おきなわトロピコ

※上記質問の 3・5・10 のいずれかに、あるいは2ページ目(A～G欄) のいずれかに「はい」と回答した場合、あるいは60歳以上の場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認下さい。そして、この参加者チェックシートと医師の評価シートを医師に提出して、評価を受けて下さい。スクーバダイビングへ参加するには、医師による同意が必要です。

※続きがある方は★印に氏名もご記入ください

参加者氏名 ★

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

## ダイバーメディカル | 参加者チェックシート (つづき)

<b>A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :</b>		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、ステント留置、気胸 (肺虚脱)。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
心臓に関するトラブル、あるいは、病気。例えば：狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) と診断されました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です :</b>		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
コレステロール値が高いです。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
高血圧です。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます (不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む)。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :</b>		
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくはバランスがよくありません。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :</b>		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
持続性の神経傷害または疾病があります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなった (気をうしなったり、ぼんやりしたりした) ことがあります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :</b>		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害 (躁うつ病) があります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした :</b>		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>G欄 - 私は過去に以下の状態でした :</b>		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>

# ★印に記入してください

## 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、ディスカバー・スクーバ・ダイビング知識と安全の復習を含みます)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の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法を教わらなければいけません。

### 非代理人の公開および確認の同意書

私は、おきなわトロピコ(ショップ/リゾート)および/または、私が参加するプログラムに関連するいずれのPADI Instructors および Divemasters 個人を含むPADI Members(「メンバー」)も、各種のPADI商標を使用し、PADIのトレーニングを実施する許可を受けているが、彼らはPADI Americas, Inc. あるいはその親会社、子会社、および系列会社(「PADI」)の代理人、従業員、あるいはフランチャイズ加盟社ではないことを理解し、これに同意します。

私はさらに、メンバーのビジネス活動は独立して行われるもので、PADIにより所有あるいは運営されるものではないこと、またPADIのダイバー・トレーニング・プログラムの規準はPADIが定めるものではあるが、メンバーのビジネス活動および日常のPADIプログラムの実施、またメンバーあるいはそのスタッフによるダイバーの監督について、PADIは責任を負うものではなく、これを管理する権利を有するものでもないことを理解します。

また私は、私自身、私の相続人および後継者を代表し、活動中に怪我あるいは死亡事故が発生した際、私または私の後継者のいずれも おきなわトロピコ(ショップ/リゾート)および/またはその活動に関連したインストラクターならびにダイブマスターの行動、怠慢、あるいは過失において、PADIに対して責任義務を追求するものではないことを理解し、これに同意します。

### 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いく説明を受け、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沖縄県(所在地)に所在する おきなわトロピコ(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、その損害賠償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。

※参加日

参加者署名★

日付★ 2022 年 月 日

親権者署名☆

日付☆ 年 月 日

☆→未成年の方は親権者が署名ください

# ダイバーメディカル | 医師による評価シート

参加者名

生年月日

(楷書)

日付 (日/月/年)

上記の者は、レクリエーションダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、[uhms.org](http://uhms.org) をご確認ください。先生が評価するところは、依頼人に関する（2ページの質問に「はい」と回答した）部分をご確認ください。

## 評価結果

参加することに同意します - レクリエーションスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。

参加することに同意しません - レクリエーションスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師のサイン

日付 (日/月/年)

医師氏名

専門

(楷書)

クリニック/病院

住所

電話番号

Eメール

医師/クリニックのスタンプ (任意)

作成 : [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体 :

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**