

SEAKERS OKINAWA

ダイビング参加申込書

参加日 年 月 日

お名前				ローマ字
住所	〒			
携帯番号				
メールアドレス				
生年月日	西暦	年	月	日
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	
飛行機の日時	月	日	時	宿泊先

ダイビング情報

指導団体(例)PADI, SSI		ライセンスレベル		
経験本数	本	最大水深	メートル	
最終ダイブ	年	月	日	潜水地 ()

健康状態

既往病	有 ・ 無 病名()
8時間以内にアルコール/薬物を摂取した	はい ・ いいえ
現在の健康状態	良好 ・ 普通 ・ 不調

SNSに写真やタグ付けすることを承諾します。 はい ・ いいえ

アンケート

当店をどのように知られましたか？

ホームページ ・ 予約サイト () ・ 紹介 (紹介者)

*スタッフ記入欄

BCD		ダイコン	
レギュレーター		ウエットスーツ	
マスク		グローブ	
スノーケル		ライト	
フィン		ブーツ	

メモ



名: _____ 姓: _____
ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

SSI責任あるダイバーコード

スクーバダイビングは、冒険的な活動で、人間が生存できない水中という環境で特殊な生命維持装置を使用する必要があります。他の冒険的な活動と同じように、スクーバダイビングにはいくつかのリスクがあり、そのリスクは、トレーニングや配慮、注意、あるいは、専門知識の量に係わらず、完全に排除することはできません。SSIは、こうしたリスクはSSIダイバーダイヤモンド-適切な知識、スキル、器材、および経験を育てることによって軽減されると信じています。結局のところ、スクーバダイビングに関連する固有のリスクを受け入れるのは個々のダイバー次第であり、すべてのダイビング活動の間ずっと、適切な判断、常識、敬意、個人の自覚や認識を行使してリスクを最小限に抑えることはダイバー各自の責任になります。SSIは、責任あるダイバーコードを開発し、ダイバーに一回一回のダイビングに対する責任を喚起しています。

責任あるダイバーとして-私は誓います:

1. 能力に見合ったダイビング - 常に自分のトレーニングと認定、経験、快適さ、能力の範囲でダイビングをします。
2. 適切なダイバーの健康維持 - これには、ダイビングに対する適切な適性や身体的健康、精神的自覚・認識を含みます。
3. ダイブプランの活用 - ダイビングの計画を立て、計画通りにダイビングをします。ダイブブリーフィングを聞いてそれに従います。
4. 責任あるダイブパートナーになる - 私のダイビングの最初から最後まで、ダイビングパートナーと一緒にいます。水中でバラバラになった場合に再び合流する手順を知っているようにします。
5. ダイビング器材の点検 - ダイビングで出かける時はその度ごとに、自分の器材を点検し、すべてが正常に機能していることを確認します。シリンダーバルブが完全に開いていることを確認します。混合ガス(つまり、エンリッチドエアナイトロックス)を使用する場合-ガスを分析し、その限界を把握します。適切なウェイト調整を行い、自分のウェイトを捨てる方法を知り、浮力調整具(BC)とインフレーターが接続され、適切に機能していることを確認します。残圧計/水深計、および/または、ダイブコンピューターを簡単にアクセスできる場所にしっかりと留めるようにして、それぞれの使用方法を分かっています。
6. ダイバーの自覚と認識 - 自分のタンク圧力をモニターします。予備のガスで水面に確実に浮上でき、決してエア切れにならないようにします。水深と時間をモニターし、無減圧限界に注意し、コントロールされた浮上と安全停止を行い、自分のダイビングパートナーをモニターします。
7. 熟練したスクーバスキルを維持する - 私は、スクーバスキルと知識が忘れやすいことを理解しています。前回のダイビングから6か月を超えて経過している場合、スクーバスキルズアップデートコースを受講することが重要であることを私は理解しています。私は、ダイビング中、適切な浮力を維持し、ゆっくりと浮上し、適切に呼吸して過膨脹傷害を防ぎます。
8. 環境への配慮 - 潮の流れ、波浪、視程(透明度)、水温、天候、ボートの運航、滑りやすい場所、不均一で不安定な陸地、頭上に障害物のある環境、水中拘束、危険な海洋生物に注意します。私は、ボートが水面で常に不安定であることを理解しており、常に片手で自分の安定を確保します。私は、馴染みのない環境でダイビングをする場合、地元のプロフェッショナルに指導してもらってダイビングに参加することが重要なことを理解しています。私は、すべてのダイビングの規則、法令、コード、および、すべての適用される規則、法令、コードに従います。
9. 緊急計画 - 自分の器材を点検するのに加えて、私はダイビングのパートナーの器材が適切に機能し、適切に構成・配置されていること、および、緊急時に自分たちのウェイトの取り外し方が分かっているかを確認します。私は、自分たちのバックアップ空気源が適切に留められていて、エア不足やエア切れの緊急事態の際に簡単に手が届くようになっていることを確認します。私は、スクーバのハンドリングと、緊急時に他の人に警告する方法を知っています。私は、ダイブパートナーまたは自分の緊急事態に備えて、緊急計画を作成しています。
10. 責任の受け入れ - 私はすべてのダイビング活動中、私の安全について最終的に責任を負います。これらの責任を遵守しないと、私が重篤な傷害を受ける、あるいは、死亡するリスクが高まるでしょう。事故はすべての安全ガイドラインに従っている場合でも発生する可能性があるため、私は、個人のダイビング事故保険に加入する必要があることを理解しています。

私は責任あるダイバーであることの重要性を理解していますし、また、SSI 責任あるダイバーコードを遵守することを誓います。私は、SSI責任あるダイバーコードを遵守しないと、私の安全と健全な状態が損なわれることになるのを理解しています。

_____ 参加者の名前(ローマ字)	_____ 参加者の署名	_____ 日付(日/月/年)
_____ 親/保護者の氏名(該当する場合)	_____ 親/保護者の署名(該当する場合)	_____ 日付(日/月/年)



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alスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、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性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。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングや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。このチェックシートでの「ダイビング」という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。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ください。

お願い

レクリエーションal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、通常の肉体的あるいは精神的な能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。	はい A欄へ	いいえ
2	45歳を超えています。	はい B欄へ	いいえ
3	中程度の運動（例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。または、過去12ヶ月の間に適性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*	いいえ
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 C欄へ	いいえ
5	12ヶ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*	いいえ
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい D欄へ	いいえ
7	現在、精神的疾患、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、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	はい E欄へ	いいえ
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 F欄へ	いいえ
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 G欄へ	いいえ
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	はい*	いいえ

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と日付を記入してご確認ください。
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。

参加者のサイン（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です。）	日付（日 / 月 / 年）
参加者氏名（楷書）	生年月日（日/月/年）
インストラクター氏名（楷書）	ファンリテイ名（楷書）

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（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、評価を受けてください。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

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)

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器 (例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置)、気胸または慢性肺疾患。	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"/>
心臓に関する問題、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"/>
過去30日以内に、肉体的あるいは精神的な能力を損なう、肺や呼吸、心臓、血液に関する症状。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です:		
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"/>
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
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、もしくは平衡感覚に問題があります。	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"/>
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
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年以内に意識消失あるいは失神した (気をうしなったり、うしないようになった) ことがあります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、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"/>
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
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特別な対処が必要な精神状態、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"/>
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
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、薬あるいは食事制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠性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"/>
G欄 - 私は過去に以下の状態でした:		
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、医療的処置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、胃食道逆流症 (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"/>

*医師による評価が必要 (1ページ参照)