



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入門フィット・トゥ・ダイブ・スクリーニングとレスポンシブル・ダイバー・コード

スクーバ・ダイビングは冒険的でエキサイティングなアクティビティだが、体力を消耗し、危険な可能性のあるアクティビティでもある。水中での冒険、特に専用器材に依存している冒険の場合と同様に、重大な病気、怪我、または死を引き起こす可能性を残す固有の危険があります。ブレスホールドダイビングするには健康である必要があります。ダイビングするための医学的、精神的または体力について質問がある場合は、医師に相談して個々の危険因子を評価する必要があります。

このフォームは、医師による診察が必要かどうかを判断するのに役立ちます。ダイビングの適性に疑問がある場合は、ダイビングの前に医師の承認を得る必要があります。ダイビングに対し医師の承認を得られなかった場合、病気、怪我、死亡のリスクが大幅に高まる可能性があります。ダイビングのフィットネスを正直に評価するのはお客様の単独責任であり、ダイビング活動（ボート旅行、ダイビング器材の装着/取り外し、水中への出入りなど）に従事する際の安全と健康について最終的な責任を負います。

さらに、アルコールや薬物の影響下であり、泳げない、パニック発作を起こしやすい、判断力を発揮できない、または自分自身の健康に責任を負わない場合、病気や水中での怪我や死に至るリスクが大幅に増加しますので、無条件に水泳やダイビングを控えるべきです。このフォームに正しく記入しないと、深刻な病気、けが、または死亡につながる可能性があります。

対応する「いいえ」または「はい」ボックスに記入して、過去および現在の病状に関する以下の各質問に教えてください。不明な場合は、「はい」と教えてください。

以下に該当する治療を現在受けていますか？または過去12ヶ月以内に治療を受けましたか？

- 1 | 泳ぐ能力に影響を与える心臓、循環器、血液、血圧、または出血の異常？ [はい] [いいえ]
- 2 | 呼吸障害または肺の障害（喘息や息切れなどを含む） [はい] [いいえ]
- 3 | あなたの泳ぐ能力に影響を及ぼす筋骨格、スタミナ、筋力、または運動障害？ [はい] [いいえ]

これらの質問のいずれかに「はい」と答えた場合は、さらにダイバーメディカルと参加者チェックシートに回答する必要があります。ダイバーメディカルと参加者チェックシートは、水中ダイビング活動の前に医師による評価が必要かどうかを判断するために使用される、より徹底的な医療チェックシートです。

SSI入門スクーバコード

私は、すべてのダイビング活動中に、以下のSSI入門スクーバコードを責任を持って遵守することに同意いたします。

- 1 | 私はスクーバダイビングをしている際はずっと、自分の安全と健康に責任を持ちます。これには、以下のことを含みますが、それだけに限られるものではありません；身体の腔所の圧平衡をすること、普通に呼吸すること、適切な浮力を維持すること、ダイビングの間ずっと私のダイビングリーダーと一緒にいること。
- 2 | 私は、責任を持って身体的にも医学的にも、精神的にも適性がある状態にしてスクーバダイビングに参加いたします；また、「ダイビング適性」質問票に記入したすべての個人情報私の知る限り、正しく、かつ、正確なものであることを確約いたします；また、私が、知っていた医学的状态を開示しなかったことによって引き起こされた傷害や疾病、あるいは、死亡について、他の人に責任を負うことも、賠償請求をすることもありません。
- 3 | 私は、責任を持って常に空気量に注意し、少なくとも500 psi / 35 bar残してダイビングを終了いたします。
- 4 | 何かおかしいと感じた場合やトラブルがある場合は、私は責任を持ってダイブリーダーに直ちに知らせます。
- 5 | しかし、もし私のがぐれてしまい、ダイブリーダーを見つけれない場合は、水面まで浮上し（浮上中は必ず息を吐きながら）、浮力調整装置を膨らませるか、ウェイトをリリースして浮力を確保します。
- 6 | 私は、潜水訓練が私の安全を保証するものではなく、適切な手順を踏んでいても事故が起こることを理解しています。
- 7 | 私が快適でない、必要な能力がない、または上記のような諸責任を自ら果たすことができないと感じた場合は、ダイビングしません。

私は、責任あるダイバーであることの重要性を理解し、SSI入門スクーバ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危険にさらされることを理解しています。

私は、ダイビング中に私の安全に影響を与える過去または現在の健康状態を開示しなかったことについて、全責任を負うことに明示的に同意します。

参加者の署名

日付(日/月/年)

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、いかなることも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）	ファンリティ名（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)