

ふりがな
参加者名

出生地・生年月日

住所

連絡先

私は、(受講者名) _____ は、(日付) _____ より(ダイブセンター) _____ セカンドリーフ

(所在地) 山形県飽海郡遊佐町吹浦字西楯20番地の32 開催のダイビング活動に参加します。

病歴チェック

私は、下記の病歴項目に該当するものがあれば、正しくチェックと署名を入れることを決断します。
過去の健康状態や明らかに表明することができていない場合は、中断する場合がありますことに同意します。

参加者へ：右記に該当するすべてにチェックをしてください。次に示す既往もしくは、現在の病歴について、該当するものがあればチェックをしてください。チェックがある場合は医師の署名がある健康診断書の提出が必要です。

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 風邪、気管支炎 | <input type="checkbox"/> 何らかの手術歴 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> ヘルニア、慢性の腰痛 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 気胸 | <input type="checkbox"/> 潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴 | <input type="checkbox"/> 重傷な事故歴 | <input type="checkbox"/> 圧平衡(耳抜き)に障害 |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術歴 | <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴 | <input type="checkbox"/> 視覚問題 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 頻繁な片頭痛 | <input type="checkbox"/> 一部または全身の麻痺 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> アレルギー発作 | <input type="checkbox"/> 薬物の常用 |

追加確認：圧縮ガスの呼吸で起こりえる問題について、右の病歴にも注意を払います。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 発作、けいれん、めまい、意識喪失
や失神 | <input type="checkbox"/> 喫煙 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠およびその疑い | <input type="checkbox"/> 減圧症または他の潜水疾患 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく/肺気腫 | <input type="checkbox"/> 冷たい空気を呼吸や運動をした時の息切れ |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 現在治療中の疾病、病気がある |
| <input type="checkbox"/> 頭部損傷による意識喪失 | <input type="checkbox"/> リストにない他の健康問題: |

上記の病歴を確認したら
右記にチェックをしてください

- 私は、ダイビングに適した身体状況であることを確認しました。
 私は、知りうる限り最新の医学声明を示しました。

私(署名者)は、上記のすべてが正しい情報であることを誓います。

場所/日付

署名

参加者氏名

リスク引受けと免責同意書

私はこのコースで生じる、いかなる事故や身体や物質的な損害、危険があることについて十分な説明を受けたことに同意します。私は自分の身体状態が、ダイビングを行うことに問題がないことに注意を払い、私自身と他のコース参加者のために、可能な限りリスク(危険)を低減する行動をとることを誓います。注意深くこの声明書を読み、ダイビングに関連する危険要因と危険性を十分に把握し、書類内容を理解して自分の意思でこの免責同意書に署名することに同意します。とくに、海洋で圧縮ガスを使用するスクーバダイビングが一定のリスク(危険)を伴い、高圧治療施設で治療を要する傷害を受ける可能性もあることを理解しています。海洋または他の水域での潜水エリアが、高圧治療施設から時間的にも物理的にも離れた場所で実施される場合があることを理解しています。このコースに健康管理など細心の注意を払いますが、参加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、潜水エリアが高圧治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SNSIの指導プログラム、またはSNSIダイブセンターやSNSIプロフェッショナルの指示に従わずに、身体的・物質的損害が生じて、前述のSNSIダイブセンターやSNSIプロフェッショナル、SNSIオフィス及び本部にその賠償責任を問わないことに同意し署名します。

場所/日付

参加者署名

場所/日付

立会人署名

私は、受講者の親または保護者として、SNSIコースについて述べた内容と免責同意書について理解しました。
そして、未成年者に代わって法定代理人として署名します。

場所/日付

親/保護者署名

緊急連絡先電話番号：

お名前：

続柄：