

申込日 20 年 月 日



PRICIA RESORT DIVING



体験ダイビング申込書

滞在期間 月 日 ~ 月 日 参加日 月 日 午前・午後 ROOM NO.

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____ (都道府県) _____ (区市町村)

電話番号 _____ E-mail _____

◆◆緊急連絡先◆◆

お名前 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 足のサイズ _____ cm

視力 右 _____ 左 _____ コンタクト使用 有・無 _____ 体験ダイビング経験回数 _____ 回

<<体験ダイビング参加のためのルール事項>>

1. スクーバダイビングは水中や水上で圧縮空気を使用して行う特殊なスポーツです。安全に楽しくダイビングを行ってもらうために、参加中は担当インストラクターの説明をよく聞き、指示及び注意を守って下さい。場合によってはこちらの判断で中止させていただくことがあります。
2. ダイビングを行うには心身ともに健康であるのが第一です。裏面の病歴診断書をご記入いただき、合わせて体験ダイビング参加中の自己管理を十分に行い、体の不調を感じた場合は直ちにインストラクターに報告してください。また、体調不良によってキャンセルされる場合は前日までにご連絡ください。
3. 以下の状態の場合ダイビングに参加することはできません。 過労・睡眠不足・飲酒及び酒気帯・危険性のある薬物使用
4. 飛行機搭乗の当日はダイビングをすることが出来ません。(18時間以上待つ必要があります)
5. 天候不良(海洋状況)によって中止になる場合もあります。参加者の皆様の安全性を第一に考慮致しますのでご了承下さい。
6. 上記事項をよく読み、理解したうえで同意しご署名ください。ご不明点などは署名前にスタッフにお尋ねください。未成年の方は保護者の同意と署名が必要になります。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 月 日

親権者署名 (未成年の場合) _____ 日付 _____ 年 月 日

(裏面もご記入ください)

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行く説明を受け、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、自身で健康管理などに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指導を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【 与論島 】(所在地)に所在する【 プリシアリゾート ダイビング 】(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、その賠償責任を問わないことを約束します。

病歴書

ご参加の皆様へ：この病歴書は、スクーバ・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかどうかを判断するためのものです。以下の各質問に「はい」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格がまったくないということの意味するわけではありません。「はい」という回答があった場合、ダイビングをする時の安全性を阻む要因を明かにし、医師の助言が必要であることを意味します。

あなたの過去と現在の病歴について、以下の質問に「はい」または「いいえ」でお答えください。(「はいの」場合はY(Yes)、「いいえ」の場合はN(No)とご記入下さい)。どう答えてよいのか判断がつかない時は、安全を期して「はい：Y」とご記入下さい。「はい：Y」と記入した箇所がある場合は、このプログラムに参加する前に、医師の診断書をご提出していただく必要があります。

- ___ 現在、耳の炎症(中耳炎や外耳炎)がありますか？
- ___ 今までに耳の病気をしたことが有りますか？また、難聴やめまいの病気になったことがありますか？
- ___ 今までに耳、副鼻腔の手術をうけたことがありますか？
- ___ 現在、風邪、鼻づまり、副鼻腔炎、気管支炎にかかっていますか？
- ___ 今までに呼吸器系の病気、重症の花粉症やアレルギー(眠れない、スギ喘息、ショックなど)、肺の病気にかかったことがありますか？
- ___ 今までに気胸になったり、胸部の手術を受けたことがありますか？
- ___ 現在、喘息の発作を起こすことがありますか？また、肺気腫、結核にかかったことがありますか？
- ___ 現在、運動能力や精神面に影響する薬(眠気が出る薬、精神科の薬など)を服用していますか？
- ___ 行動上の問題(多動症、精神障害など)、精神的または身体的な病気、神経系の病気がありますか？
- ___ 現在妊娠をしている、またはその可能性がありますか？
- ___ あなたは人工肛門手術をうけていますか？
- ___ 今までに心臓病や心臓発作を起こしたことがありますか？また、心臓や血管系の手術をうけたことがありますか？
- ___ 今までに高血圧症、狭心症になったことがありますか？また、現在血圧の治療薬を服用していますか？
- ___ 45才以上の方にお聞きします。家系に心臓発作や脳卒中の方がいましたか？
- ___ 出血がとまらない病気、その他の血液の病気がありますか？
- ___ 糖尿病と言われたことがありますか？
- ___ 今までに意識消失、失神、けいれん、てんかんなどの発作を起こしたことがありますか？またこれらの予防薬を服用していますか？
- ___ 怪我、骨折、手術などによって、腰や四肢に障害がありますか？
- ___ 閉所恐怖症、開所(広場)恐怖症、パニック発作になったことがありますか？

私は、危険についての内容が単に注意書きにとどまるものではないことを理解し、また私の病歴について上記の情報は間違いなく、この危険についてと病歴書の内容のすべてを確認して署名します。私が未成年の場合は、私の親権者とともに署名します。

参加者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(未成年の場合)

PRICIA