ディスカバー・スクーバ／ディスカバー・スクーバ・ダイビング
危険の告知書および病歴書

（日本国内での使用に限る）

危険の告知書

よく読んでご記入下さい。

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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ク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。
また、このプログラムの一部であるオープンウォーター・ダイビングでは、再圧チャンバーや医療施設から遠い環境の海や湖等の水域で実施される場合があることを理解した上で、このプログラムに参加することに同意します。このプログラムに参加した結果として、私に関連する環境および条件等についてもプログラムの提供に関係する者の判断及び指示を尊重し従います。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、このプログラムを提供する＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（インストラクター）、又は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（所在地）に所在する＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ストア）および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を意味する訳ではありません。「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」でお答え下さい（「はい」の場合はY、「いいえ」の場合はN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いただかなくてはなりません。

＿現在、中耳炎、外耳炎にかかっていますか？
＿いままでに耳の病気をしたことがありますか？また、難聴や身体のバランスがとれないといった障害（めまいやふらつき）になったことがありますか？
＿耳や副鼻腔の手術を受けたことがありますか？
＿現在、風邪をひいていたり、鼻づまりがあったり、副鼻腔炎や気管支炎にかかっていますか？
＿いままでに呼吸器系の病気、重度の花粉症やアレルギー、肺の病気にかかったことがありますか？
＿いままでに気胸になったことがありますか？また、胸部の手術を受けたことがありますか？
＿現在、活動性の喘息がありますか？また、肺気腫や結核になったことがありますか？
＿現在、運動能力や精神面に影響が起こり得る薬を服用していますか？
＿普段の行動に影響を与えるような健康上や精神上の問題がありますか？
＿妊娠をしている、もしくはその可能性がありますか？
＿結腸（大腸）切除の手術を受けたことがありますか？
＿心臓病や心臓発作の病歴がありますか？また、心臓や血管系の手術をしたことがありますか？
＿今までに高血圧症または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歳以上の方にお聞きします。家系に心臓病や心臓発作の病歴を持つ方がいますか？
＿出血が止まりにくい病気、あるいは他の血液病の病歴がありますか？
＿糖尿病になったことがありますか？
＿気を失うことがあったり、けいれんやてんかんの病歴がありますか？また、これらの予防薬を服用していますか？
＿ケガ、骨折、手術などで、現在でも背中、腕や足に後遺症が残っていますか？
＿閉所恐怖症、開所恐怖症の病歴や、パニック発作になったことがありますか？

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、また私の病歴について上記の情報は間違いなく、この危険の告知書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）