



## トライスクーバとベーシックダイバー参加者登録用紙

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

名:

姓:

生年月日 (日/月/年)

<input type="text"/>
----------------------

現住所

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

メールアドレス

携帯電話

## 緊急連絡先

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

氏名

関係

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

メールアドレス

携帯電話

iOSまたはAndroidで利用できる無料のMySSIアプリをダウンロードしてください! SSIはMySSIアプリを、ダイビング体験のための「オールインワン

ツール」として設計し、手のひらですべてのデジタル学習教材、デジタルログブック、デジタル認識カードにアクセスできるようにしました。 次のダイ

ビングの前に、ニュース、地元のイベント、トレーニング、楽しい360°ビデオ、ダイブテーブル、ハンドシグナルなどのさまざまな機能を確認できます。

[my.divessi.com](http://my.divessi.com)



MySSIアプリ: iOS



MySSIアプリ: Android





## ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションスuba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。伝染性の病気には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uba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對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	1. これまでに肺/呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。あるいは、COVID-19（新型コロナウイルス感染症）と診断されたことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> A欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
2	45歳を超えています。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> B欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> C欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> D欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
7	現在、精神科的疾患、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> E欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> F欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> G欄へ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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）。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

### 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、同意したことと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) 年 d/mm/yyyy)

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）

ファシリティ名（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、上記の宣誓書を読み、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

## 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）または気胸（肺虚脱）。		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"/>
心臓に関係するトラブル、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"/>
COVID-19（新型コロナウイルス感染症）と診断されました。		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、もしくはバランスがよくありません。		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年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなったり（気をうしなったり、ぼんやりしたりした）ことがあります。		はい <input type="checkbox"/> *	いいえ <input type="checkbox"/>
てんかん、てんかんを思わせる発作、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、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠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、医師による治療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、逆流性胃腸障害（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"/>

## ダイバーメディカル | 健康診断医師による評価シート

上記の者は、レクリエーショナルダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、[uhms.org](http://uhms.org) をご確認ください。先生が評価するところは、依頼人に関する（2ページの質問に「はい」と回答した）部分をご確認ください。

### 評価結果

- 参加することに同意します - レクリエーショナルスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーショナルスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

---

医師の署名

日付 (日/月/年)

医師名

---

資格

---

(楷書)

クリニック/病院

---

住所

---

電話番号

---

Eメール

---

医師/クリニックのスタンプ (任意)

作成 : [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体 :  
**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**  
**DAN (US)**  
**DAN Europe**  
**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**

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スクーバ体験規定-リスクの承諾、責任の免責、および補償の規定

このフォームは、現地の法律/規制に応じて、EUおよび他のさまざまな国では使用しないトレーニングセンターおよびプロフェッショナルは、法律/現地の規制を知り、遵守する責任がある。この書式はSSIトライスクーバとSSIベーシックダイバープログラムに使用します。これは、訴訟を起こす権利を放棄する法的契約です。よく読んでからサインしてください。警告 - スクーバダイビングは生命を維持する器材およびテクニックを使用するもので、そうした器材やテクニックにはケガや病気また死に至るようなリスクがどうしても存在します。

SSIスクーバ体験プログラムへの参加受け入れていただくにあたって、私は \_\_\_\_\_ (参加者名)は、この同意書に拘束されること、また、下記のスクーバ体験規定を遵守することについて、明確に同意いたします。私は、この契約が、私、私の家族、財産、相続人、および/または私の代わりに申し立てを行う可能性のある人と \_\_\_\_\_ (トレーニングセンターの名前、楷書で記入)、これにはすべてのインストラクター、ファシリティ、ポート、ダイブサイトを含みますが、その両者の間に結ばれるものであることを理解しています；これにはさらに、スクーバスクールズインターナショナル(「SSI」)、およびそれのオーナー、責任者、従業員、代理人、ボランティア、代理店、請負業者、および、具体的に名称があるかどうか関係なくそこのために働く人も加わります(以後「被免責者」という)。

私は、自らの意志で、スクーバダイビング、および、それに関連するすべての活動に起因する傷害、疾病、死亡に関するリスクの責任を、それが予期できるものであろうとなかろうと、すべて引き受けます。そこには、以下のものに係わるリスクを含みますが、それだけに限られるわけではありません；水泳、水へのエントリーとエキジット、転倒、ポートに衝突される、あるいは、置き去りにされる、息ごらえをする、元々健康状態に問題がある、心不全、過労、パニック、溺れ、圧力関連の傷害、減圧症、環境による傷害や海洋生物による傷害、原因不明、器材の不調、不適切なダイビング計画、または他のダイバーまたはサポート要員の不適切な行動(レスキュー回収、蘇生、または緊急アシストをすることへの失敗を含みます)などにかかるリスクです。ダイビング活動は、医療を受けられる場所から、時間および距離において、離れた場所で行われることを私は理解しています。私は、こうしたリスクを理解し、こうしたリスクにもかかわらず参加することを自分の意志で選択いたします。

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。

- 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。
- 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は私の知る限り、正しく、かつ、正確なものであることを確認いたします；また、私が、知っていた医学的状態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、他の人に責任を負わることも、賠償請求をすることもありません。
- 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。
- 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。
- 私はダイブ中ずっとダイブリーダーと一緒にいます；しかし、はぐれてしまって自分のダイブリーダーを見つけられない場合は、水面に浮上し(浮上中確実に息を吐いて)、浮力調整具(BC)を膨らませるか、ウェイトを捨てて、プラスの浮力を確保します。
- 私は、ダイブトレーニングが私の安全を保証するものではないこと、また、適切な手順を守っていても事故が発生することもあることを理解しています。
- 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、「被免責者」も含めて、私のスクーバ体験およびすべての関連する活動に関連する、実際に行なったすべてのことと、行わなかったことからくる結果として、私が傷害や疾病、あるいは、死亡したことに対して、私、あるいは、私の財産、家族、相続人、または、他の賠償請求をする可能性のある者による、すべての請求、要求、訴因、訴訟、被害に対して、「被免責者」を免責し、請求せず、訴えず、罪を免除し、補償を免除し、罪を問わないことに同意いたします。私は、私の家族および私の名の下に法的権利を持つ全ての人たちに、私自身がこの同意書に署名したこと、そして、その人たちもこの同意書に拘束されるということが私の意志であることを伝えるのは私の責任であることに同意します。私は、私または私の財産が、私のスノーケルダイビングへの参加および関連するすべての活動から生じる、私の側からもたらされるいかなる請求に対して、「被免責者」に対する被害に対して責任があるものとすることに同意します。

私は、SSIが、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、および、その関連会社に対してさまざまなSSIの商標伸しよう許可を与え、SSIトレーニングを実施する許可を与えていることを理解しています。しかし、私は、彼らがSSIの代理人でも、従業員でも、一手販売権を与えられた者でも、その上部団体でも、子会社でも、系列の会社でもないことに同意します。さらに、私は、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、およびそれらの関連会社の事業は独立しており、SSIが決して所有、運営、管理するものではないこと、また、SSIがSSIトレーニングプログラムの基準と教材を制定していますが、SSIは、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、その関連事業、および/またはその従業員のスタッフによる事業活動または日常的なトレーニングプログラムの管理、および/またはダイバーの監督を行う権利もないということを理解しています。私は、さらに、自分自身の名の下に、ダイビング活動中に傷害や疾病、または死亡になった場合、私のダイビング活動にSSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、およびその他の関連事業者、あるいは、私のダイビング活動に関係のある人たちの行動、不作為、または怠慢に対してSSIが責任を負わないものとすることを理解し、それに同意します。

私はこの同意書とSSIスクーバ体験規約を読みました。私は自分の責任を明確に理解しており、この同意書にサインすることで法的権利を放棄することを明確に理解しています。私はこれが法的契約であることを理解しており、また、私は自分の意志でそれにサインし、誘導や強制はありません。私は、これが法律で許される最大限の範囲で、すべての責任を無条件かつ完全に放棄するものであることを理解しています。本同意書の一部が法的強制力がないことがわかった場合、その部分は切り離され、残りは完全な法的効力を有するものとします。私は、前もって印刷された文章に変更を加えずに、本同意書に拘束されることに同意します。私は20歳以上であり、本同意書を締結する法的能力があります。または、「SSI未成年者付属書式」に記入して、親または保護者の書面による同意を得ています。

参加者の名前(ローマ字)

参加者の署名

日付(日/月/年)

親/保護者の名前(該当する場合)

親/保護者の署名(該当する場合)

日付(日/月/年)



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。

## 未成年者への追記-リスクの承諾、責任の免責、および補償の規定

このフォームは、現地の法律/規制に応じて、EUおよび他のさまざまな国では使用しないトレーニングセンターおよびプロフェッショナルは、法律/現地の規制を知り、遵守する責任がある。

### 未成年者の保護者への通知

このフォームを完全かつ注意深く読んでください。 あなたは、潜在的に危険な活動に未成年の子供が関与することに同意します。 あなたは、権利放棄対象者がこの活動を提供する際に充分な注意を払っている場合でも、不可避あるいは除外不可能な固有の危険性は存在し、この活動に参加することにより、あなたの子供が重傷を負ったり、死亡する可能性があることに同意します。 このフォームに署名することにより、あなたは死を含む、子供の身体損傷、またはこの活動に通常伴うリスクに起因する財産の損害や、あらゆる人身傷害に関する訴訟において権利放棄対象者からの権利の回復を求める子供の権利とあなた自身の権利を放棄します。 このフォームへの署名を拒否する権利があり、権利放棄対象者は、このフォームに署名せず、リスク、責任の解放、および補償の規定に同意しない場合、子供が参加することを拒否する権利があります。

未成年者への追記-リスクの承諾、責任の免責、および補償の規定は、署名日から1年間有効です。

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)