



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。

ダイバーの医学証明書と健康チェック票

この医学声明書を注意深く読んでから、ダイバー健康チェック票に記入してください。この医学声明書は、フリーダイビング/息こらえ、レクリエーションスコーバ、およびエクステンデッドレンジ (XRJ) テクニカルダイビングに関連するいくつかの潜在的なリスクについてお知らせするものです。ダイブトレーニングプログラムに申し込み、それに参加するには、健康チェック票に記入してサインする必要があります。未成年の場合、親または保護者が健康チェック票にサインする必要があります。

ダイビングはワクワクするものですが、また、動きの激しい活動です。慎重に実行し、正しいテクニックを使い、適切な器材を使用すれば、ダイビングは比較的安全な活動です。適切なダイビング手順を遵守しない場合、重大な傷害、疾病、さらには死に至る可能性のある事故に遭遇するリスクが高まります。快適かつ自信を持ってダイビングするには、それなりに適性を保ち、極端に太ることのないようにする必要があります。ダイビングは最高の条件の下でも体力的にきついことがあります。呼吸器系と循環器系に問題があってはなりません。身体にあるすべての腔所に異常がなく、かつ、健全でなければなりません。重度の冠動脈疾患、てんかん、現在風邪をひいている、あるいは、うっ血がある、またはその他の医学的禁忌のある人は、ダイビングをすべきではありません。アルコール、マリファナ(またはTHC:テトラヒロラカンナビノール=向精神薬、を含む物質)、アンフェタミン、コカイン、メタンフェタミン、すべてのタイプのオピオイド(オキシコドン、スフェンタニル、ヘロイン、フェンタニル)、幻覚剤(LSD、サイロシビンマッシュルーム)、フルニトラゼパム(ルーフィ)、GHB(エクスタシー)またはケタミンの影響下にある場合は、潜水しては「いけません」。喘息、心疾患、その他の慢性疾患がある場合、または定期的に薬を服用している場合は、このプログラムに参加する前にかかりつけの医師に相談してください。あなたの健康状態がこれから先に変化して、健康チェック票の質問のいずれかに「はい」と答えることになったかもしれないと思われる場合は、ダイビングをする前にかかりつけの医師に相談してください。あなたには、ダイビングをするのに見合った健康と適性を維持しておく責任があります。

ダイブトレーニング中、ダイビングしている間の呼吸と圧平衡に関する重要なルールとテクニックを学ぶことになります。健全な状態を保つには、あなたがこうしたルールとテクニックを遵守することが必須です。ダイブテクニックがよくない、ダイビング機器を正しく使っていない、また、呼吸のやり方が悪いと、重大な障害や死亡の原因となるおそれがあります。有資格のインストラクターに直接指導されてダイビングのやり方を十分に指導されてからでなければ、インストラクターがいない状態でのダイビングを行ってはなりません。

この医学声明書にあるいは健康チェック票に少しでも疑問がある場合には、担当インストラクターとかかりつけの医師とその点を確認してからサインしてください。ダイブトレーニング中に気分が悪くなった時はいつでも、あるいは、健康チェック票に記入した後で健康状態に変化があった場合には、あなたは、担当のインストラクターにそのことを告げて、ダイビングを止めるようにすべきです。

多くのダイバーは、身体状態に合わせた特殊器材を使っています。たとえば、メガネやコンタクトを着用する人は矯正レンズ付きマスクを使っていますし、歯並びの問題やTMJ(顎関節)に問題がある人では専用にフィットするマウスピースなどの特別な器材を利用しています。これらの特別なダイビング器材があれば、より快適にダイビングできると思われる場合は、担当のインストラクターにお尋ねください。

多くの民間および団体の医療保険契約では、また、国際的な旅行保険契約でも、ダイビングは危険なレクリエーション活動であるとなっていて、高気圧チェンバーや外来患での費用、あるいは、ダイビング中の傷害に関連する緊急移送費などを補償しないでしょう。これらの治療は金銭的にも時間的にも高くかかり、多くの場合、自己負担額も、保険の掛け金も大きい、まったく補償されないことがあります。このため、SSIは、特にダイビング関連の緊急事態、緊急搬送、医療処置を補償する追加の保険プランに入っておくことを強くお勧めします。こうした保険契約は、さまざまな第三者保険提供者から入手でき、水中トレーニングを受ける場合やダイビングに関連する旅行の前に取得しておくといでしょう。

緊急連絡先

_____	_____
氏名	携帯電話
_____	_____
関係	Eメール



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。

ダイバー健康チェック票

この健康チェック票の目的は、フリーダイビング/ブレスホールド、レクリエーションalスクーバ、またはエクステンデッドレンジ (XR) テクニカルダイブトレーニングに参加する前に、医師による診察と相談が必要かどうかを判断することです。質問に対する『はい』と答えたからといって、必ずしもダイビングを行う権利を失うわけではありません。「はい」の回答は、ダイビング中の安全に影響を与える可能性がある既存の状態があることを意味し、ダイビング活動に参加する前に担当医の助言が必要であることを意味します。

「はい」または「いいえ」と書いて、以下の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。これらの条件のいずれかがお客様に当てはまる場合は、ダイビングトレーニングに参加する前に医師にご相談ください。レクリエーションスクーバダイバーの健康診断ガイドライン、医学証明書、本健康チェック票、医師のダイビング許可書をダウンロードして医師に提出する必要があります。医師と相談し、医師が医師のダイビング許可書に記入して署名した後、記入済みの健康チェック票と医師のダイビング許可書をインストラクターに提出します。

妊娠していますか、あるいはその疑いがありますか？

現在、処方薬を服用していますか？ (避妊薬または抗マラリア薬を除く)

45歳以上で、かつ次の項目の一つ以上に当てはまる (当てはまるものに○をつけてください)

- 現在、パイプ、葉巻、たばこを喫っている
- コレステロール値が高い
- 家族に心臓麻痺や心臓発作、脳卒中の病歴がある
- 現在治療中の疾病、病気になる
- 高血圧
- 糖尿病、食事制限のみで管理できている場合も含む

以下の病歴がありますか、もしくは現在その症状にありますか？

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 喘息がある、または息がぜいぜいする、または運動すると息が切れる | <input type="checkbox"/> 失神または意識が薄れたことがある (意識の完全/部分的喪失) | <input type="checkbox"/> 高血圧であるまたは血圧を制御するために薬を服用している |
| <input type="checkbox"/> 花粉症やアレルギーの強い発作がたびたび起こる | <input type="checkbox"/> 乗り物酔いに悩まされる (船酔い、車酔いなど) | <input type="checkbox"/> 心臓病がある |
| <input type="checkbox"/> 風邪、副鼻腔炎または気管支炎にかかりやすい | <input type="checkbox"/> 医学的介入を必要とする赤痢または脱水症 | <input type="checkbox"/> 心臓発作を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> なんらかの肺疾患がある | <input type="checkbox"/> ダイビング事故や減圧症にかかった | <input type="checkbox"/> 狭心症、心臓や血管の手術をしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 気胸である | <input type="checkbox"/> 軽い運動を行うことができない (例: 12分以内に1.6 km 歩く) | <input type="checkbox"/> 副鼻腔手術したことがある |
| <input type="checkbox"/> 他の胸部疾患または胸部手術をした | <input type="checkbox"/> 過去5年間に頭部損傷による意識喪失がある | <input type="checkbox"/> 耳の病気や手術、難聴、平衡感覚障害がある |
| <input type="checkbox"/> 行動上の健康、精神的または心理的な問題 (パニック発作、閉鎖または開放空間への恐怖) | <input type="checkbox"/> 再発性の腰痛がある、腰または脊椎手術をした | <input type="checkbox"/> 慢性の耳の疾患がある |
| <input type="checkbox"/> てんかん、各種の発作、けいれんを起こした。またはその予防のために服薬をしている | <input type="checkbox"/> 糖尿病である | <input type="checkbox"/> 出血または他の血液障害がある |
| <input type="checkbox"/> 再発性片頭痛またはそれらを防ぐための薬を服用している | <input type="checkbox"/> 手術、怪我、骨折などした後に腰部、腕、または脚の問題がある | <input type="checkbox"/> ヘルニアの病歴がある |
| | | <input type="checkbox"/> 潰瘍または潰瘍の手術歴がある |
| | | <input type="checkbox"/> 人工肛門または結腸切開手術歴がある |
| | | <input type="checkbox"/> 過去5年間の娯楽目的の薬物の使用または治療、またはアルコール依存症である |

私の病歴に関して提供した情報は、私の知る限り正確なものです。私は、既存または過去の病状を開示しなかった場合、重傷または死亡につながる可能性があることを理解し、同意します。また、既存または過去の病状の開示を怠った場合のリスクを明確に引き受けます

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
参加者の名前 (印刷)	参加者の署名	日付(日/月/年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)