

## 免責同意書

署名をする前に注意して読んでください。

私はスクーバダイビングの講習及びダイビングに付随する危険性について理解し、傷害や死のすべての危険性が伴うことを理解した上で、自由意思で参加することをここに確認します。私が希望しスクーバ活動に参加することにより発生し得る個人的傷害、財産の損害、あるいは過失によって生じた事故による死亡を含むあらゆる損害賠償責任からPADI及びEURODIVERS、その親会社、子会社、提携会社、そして役員、理事、代理人、従業員を免除し、請求権を放棄することを理解した上で署名します。また、私は圧縮空気を使用するダイビングには一定の危険が伴うため、再圧チェンバーにおける治療を必要とする傷害が生ずる可能性があることも理解しています。さらにオープンウォーターダイビングは、再圧チェンバーがある場所から時間的にも距離的にも遠く離れた場所で実施される場合があることも理解した上で、ダイビングに参加することに同意します。私はこのダイビングに参加した結果として、参加に関連して私自身に生ずる可能性のある傷害その他の損害の全てについて、私自身が責任を負うものであり、潜水地の近くに再圧チェンバーがない場合があることを了承した上でダイビングを実施することを希望します。

## 参加条件

- 1) 参加者はレンタル器材の破損や損失の責任を持ち、破損や損失により修理または新規購入が生じた際、EURODIVERSがその費用を請求します。
- 2) ダイビングまたは講習が実施できない場合、参加費用は返却されますが、その他についての責任は負いません。
- 3) 参加最小年齢は10歳（バブルメーカーは8歳）です。18歳以下の場合、保護者の同意が必要になります。
- 4) 参加者はEURODIVERSのスタッフの指示（最低必要な認定、ダイビング経験、潜水計画、最大深度と潜水時間等）に従ってください。そうでない場合、ダイビングや講習から除外されたり、返金せずにダイビングを断られることになります。

## 休暇中の不必要なストレスを避けるために-安全なダイビング

以下の幾つかの状況によって、あなたの体がより窒素を吸収したり、吸収しやすく変化します。

- 下痢やスポーツのしすぎ等によるの脱水症状（温暖な地域では、発汗により失われた水分を補うために、通常1日に2.5〜3リットルの水を飲んでください）
- 寒さ
- 年齢（老齢）
- 病気（酔いも含む）
- ケガ（過去に受けた骨折も含む）
- アルコールの消費量（ダイビング前夜も含む）
- 太り過ぎ
- 一定の薬物
- 避妊用ピルや他のホルモン剤の摂取

これらの項目のどれか一つでも当てはまる場合：a)迷わずスタッフに相談し適切な情報を得るb)極力安全なダイビングを計画する：どの深度でもコンピューターの減圧不要限界より5分以上短くする；反復潜水は20m以下を計画する；ゆっくり浮上し、1分間に10mを超えず、すべてのダイビング後5mで少なくとも3分間安全停止をする

脱水症状は温暖な地域でダイビング事故を引き起こす最も多い要因の一つです。

## 病歴書とメディカル・ヒストリー

この病歴書は、レクリエーション・ダイビングに参加する前に、医師の診断を受けるべきかを判断する為のものです。以下の質問にイエスと答えたからといって、ダイビングをする資格に欠けることを意味するわけではありません。その回答は、ダイビング時の安全性を阻害させる条件を判明させ、医師からのアドバイスを必要とすることを意味します。

スクーバを安全に楽しむためには、極端なオーバーウェイトやコンディションを軽視してはなりません。ダイビングはコンディションだけでは非常に激しい活動にもなります。呼吸器と循環器系が健康であること、すべての体内空間に異常がなく健康であることが必要です。心臓の疾患、現在カゼをひいている、癩癧、喘息、重度の医学的なトラブル、アルコールや薬物依存の傾向などがある場合は、ダイビングをするべきではありません。また現在定期的に投薬を受けている人は、プログラムに参加する前に、医師そしてインストラクターに相談してください。

あなたの、過去と現在の健康に関する以下の質問にYES（イエス）またはNO（ノー）でお答えください。回答が不明な場合は、安全を記してYESとお答えください。YESの場合には、スクーバダイビングに参加する前に医師と相談していただかなければなりません。スクーバダイビングすることに適していると明記された最近（1年以内）の医師からの診断書を携帯しなかった場合、現地の医師から診断を受け、診断書を提出してください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 現在妊娠中ですか？                         | <input type="checkbox"/> 日常、習慣的に投薬、または市販の薬品を服用していますか？           |
| <input type="checkbox"/> 現在45歳以上で、タバコもしくはパイプを吸っていますか？      | <input type="checkbox"/> 現在、風邪や充血にかかっていますか？                     |
| <input type="checkbox"/> 以前、以下の病気にかかったことがある、または現在かかっていますか？ | <input type="checkbox"/> 糖尿病になったことがある。                          |
| <input type="checkbox"/> 喘息、または呼吸時の喘息、または運動時に喘息することがある     | <input type="checkbox"/> 腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後のあとの後遺症がある            |
| <input type="checkbox"/> 花粉症、または頻繁にアレルギー症状の発作にかかる          | <input type="checkbox"/> 中度程度の運動ができない（例：階段を駆け上がる）               |
| <input type="checkbox"/> カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる             | <input type="checkbox"/> 高血圧症、または血圧降下剤など、血圧をコントロールする薬を服用したことがある |
| <input type="checkbox"/> 何らかの肺の病気（肺炎など）にかかったことがある          | <input type="checkbox"/> 心臓疾患に罹ったことがある                          |
| <input type="checkbox"/> 気胸になったことがある                       | <input type="checkbox"/> 心臓発作になった経験がある                          |
| <input type="checkbox"/> 肺（胸部）の手術を受けたことがある                 | <input type="checkbox"/> 狭心症、心臓外科手術、または動脈手術を受けたことがある            |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症、あるいは広場恐怖症に陥ることがある           | <input type="checkbox"/> 耳、または副鼻腔の手術を受けたことがある                   |
| <input type="checkbox"/> てんかん、発作、痙攣をおこす、または抑える為の薬を服用       | <input type="checkbox"/> 耳の病気、聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある              |
| <input type="checkbox"/> 偏頭痛を繰り返し起こす、またはそれを抑える為の薬を服用       | <input type="checkbox"/> 出血やその他の血液障害を起こしたことがある                  |
| <input type="checkbox"/> 意識喪失や気絶したことがある                    | <input type="checkbox"/> 潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けたことがある                 |
| <input type="checkbox"/> ダイビング事故や減圧症になったことがある              | <input type="checkbox"/> 結腸手術を受けたことがある                          |
| <input type="checkbox"/> 腰痛を繰り返しおこす                        | <input type="checkbox"/> 麻薬、またはアルコール依存症になったことがある                |
| <input type="checkbox"/> 腰部の手術を受けたことがある                    | <input type="checkbox"/> 行動や品行上の精神的な問題がある（そううつ症など）              |

氏名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

保護者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

(未成年者の場合)：親権者あるいは後見人

私はこの用紙を読み、スクーバは危険なスポーツであることをよく理解し、この用紙に署名することにより、私が持つ法的権利を放棄します。上記の情報は、私の知る限り間違いはありません。