



エヌ - スピリッツオーシャン

参加プロフィール

フリガナ _____ 生年月日 (西暦) _____ 性別 _____ 年齢 _____ 職業 _____

氏名: _____ 年 月 日 _____ 才 _____

〒: _____ 住所: _____ 宿泊先: _____

EMAIL: _____ TEL: _____

緊急連絡先 氏名: _____ TEL: _____

ダイビングに関する内容

・Cカード指導団体 _____ カードレベル _____ カード取得 _____ 年 月 日

・トータル本数 _____ ダイブ _____ ・過去1年間のダイビング本数 _____ ダイブ

・最新のダイビング _____ 年 月 日

・ドリフトの経験は? _____ フリー潜行は? _____

・N - スピを何で知りましたか? インターネット (_____) 友人知人 (_____)
雑誌 (_____) その他 (_____)

免責同意書 (注意して読んで後にご署名下さい。)

私 _____ は、圧縮空気を使用するダイビングには一定の危険が従う為、再圧チャ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た上で、水中ガイドによるダイビング・講習に参加することに同意します。私はこのダイビング・講習に参加した結果として、私自身に生じる可能性のある傷害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ャンバーがない場合もある事を承知した上で参加を希望します。

私はこのダイビングに関連して、私または私の家族、相続人、あるいは受遺者に傷害、死亡、その他損害が結果として生じた場合でも、水中ガイドを担当するN - スピリッツオーシャンのスタッフ及び関連会社がいかなる結果に関しても、責任を負わないことに同意し、またこのダイビング・講習への参加を許可されたことを考慮して、このダイビング・講習に顧客として参加している間に私に生ずる可能性のあるいかなる傷害についても、予測可能な傷害であるか否かに関わらずその責任の全てを私が個人的に負うことに同意します。また上記の個人・会社が私あるいは私の家族、相続人、受遺者その他利害関係人から、このダイビング・講習への私の参加を原因とするいかなる告発・請求も受けないようにする事に同意します。

私は、自身で所有している器材以外のすべてが「N - スピリッツオーシャン」の所有であることを認識しており、故意・過失に関わらず、破損・消失した場合は、その損害を全て賠償いたします。私は、私の所有品に関して自身で管理し、万が一、破損・紛失した場合でも「N - スピリッツオーシャン」が責任を負うことがないことを理解し、それに同意します。

私はこの免責同意書に署名する時点で成年に達しているか、または私の親権者の署名による同意を得ていることを確認し、また私は、ここに記載されている条件が契約であって単に注意書にとどまるものではないことを理解しており、この書式には私の自由意思で署名するものです。

この文章は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N - スピリッツオーシャンのスタッフ及び関連会社を免除し、請求権を放棄することを目的とした

私 _____ の意思に基づくものです。私はこの免責同意書を署名前に熟読し内容を熟知しています。

上記の個人情報の提供は正確であり、現時点で健康であり、アルコールや薬の影響下に無く、極めて健全にダイビング及びそれに付随するプログラムに参加できることを認め、この免責同意を行います。

署名: _____ 年 月 日

未成年の場合: 親権者署名 _____ 年 月 日

スタッフ記入欄: _____

《ダイビング病歴書》

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・YES」と答えたからといって、ダイビングに参加する資格が全くないということの意味するものではありません。「はい・YES」という回答があった場合、ダイビングにする時の安全性を阻む要因を明らかにし、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・YES」または「いいえ・NO」でお答え下さい。どう答えて良いのか判断がつかない時は、安全を期して「はい・YES」と記入して下さい。

「はい・YES」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頂かなくてはなりません（有料・自己負担）

- _____ 現在妊娠中ですか、又は妊娠の予定がありますか？
_____ 日常、習慣的に投薬、または市販された薬品を服用していますか。
_____ 45才以上の方で以下のひとつ以上の項目にあてはまりますか。
●血中のコレステロールの値が高い。
●家族に心臓病や脳卒中の病歴がある。

以前に以下の病気にかかったことがある、または現在以下の病気にかかっていますか。

- _____ 腰部の手術をしたことがある。
_____ 糖尿病にかかったことがある。
_____ 腰・腕・脚の外科手術や外傷・骨折の後遺症がある。
_____ ダイビング事故や減圧症になったことがある。
_____ 船や自動車などの乗り物酔いで困ることがよくある。
_____ 高血圧症または血圧降下剤などの血圧をコントロールする薬を服用したことがある。
_____ 喘息、あるいは呼吸時や運動時に喘息（ゼイゼイする）することがある。
_____ 心臓疾患にかかったことがある。
_____ 花粉症やアレルギー症の激しい発作、あるいは頻繁に発作をおこす。
_____ 心臓発作の経験がある。
_____ 狭心症である。または心臓外科手術や動脈手術を受けた。
_____ 風邪、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。
_____ 肺炎などの肺の病気になったことがある。
_____ 耳または副鼻腔の手術を受けた。
_____ 気胸になったことがある。
_____ 耳の病気や聴覚障害、平衡感覚障害になったことがある。
_____ 肺や胸の手術を受けたことがある。
_____ 閉所恐怖症、高所恐怖症に陥ることがある。
_____ 飛行機内あるいは高地でのドライブで耳の気圧障害（一時的な耳つまりが治らない）になったことがある。
_____ 躁鬱病などの精神的な問題がある。
_____ てんかん・発作・ケイレンをおこす。またそれを抑える薬を服用している。
_____ ひどい出血やその他の血液障害をおこしたことがある。
_____ 偏頭痛を繰り返しておこす。またはそれを抑える薬を服用している。
_____ 各種ヘルニアにかかったことがある。
_____ 意識喪失や気絶したことがある。（完全にまたは一時的に意識を失った）
_____ 潰瘍または潰瘍の外科手術を受けた。
_____ 麻薬、薬物あるいはアルコール依存症になったことがある。

私は、この免責同意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、または私の病歴について上記の情報は間違いなくこの免責同意書と病歴書の内容の全てを確認して署名します。私が未成年の場合は親の親権者と共に署名します。

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

親権者署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日