

パラダイス倶楽部 参加申込書

お客様情報 ※印は必ずご記入ください。

ウツ面もご記入ください。

※フリガナ _____	※生年月日(西暦) _____ / _____ / _____	
※氏名 _____	性別 : _____	
郵便番号 _____		
※住所 _____		
※メールアドレス _____		
※電話(携帯)番号 _____		
※緊急連絡先氏名 _____	※続柄 _____	※緊急連絡先番号 _____

ダイバー情報

指導団体名 _____	※Cカードランク _____	Cカード番号 _____
最大経験深度 _____ m	ダイビング本数 _____ 本	最終潜水日 _____ 年 _____ 月

診断書期限: _____ 同意書期限: _____ 次回OH: _____

危険の告知書【スクーバダイビング用】よく読んで裏面の最後にご署名をお願いします。

この危険の告知書については、あなたが参加するすべてのダイビング活動・プログラムを網羅し、それに適用されます。当店が提供するすべてのダイビング活動・プログラムが対象です。下記、よくお読みください。

私は、私がすでに認定ダイバーであり、安全ダイビングのトレーニングを受けており、ダイビングに付随する危険性について十分に理解していることをここに確認します。また、私は圧縮空気またはエンリッチドエア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ています。また、このプログラムは、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うえで、このプログラムを受け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、私に関連する環境及び条件等によって、私自身に起こりうる傷害その他の損害が生じないように注意を払います。また、健康管理など細心の注意をはらって参加します。

私は、このダイビング活動・プログラムを提供する当店スタッフ、又はパラダイス倶楽部に対して、私がパラダイス倶楽部のスタッフ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、当店スタッフ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。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、またこの危険の告知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。

安全潜水実施了解声明書【スクーバダイビング用】よく読んで裏面の最後にご署名をお願いします。

- 精神的にも身体的にもダイビングに適したよい体調を維持します。ダイビングに影響を与えるアルコールや薬物は控えます。つねに十分なスキルレベルを維持し、継続教育を通じてスキルレベルを高めます。ある期間ダイビングから遠ざかっていたときは、安全なコンディションのもとでスキルの復習をしてコースで使用したテキストを読み直して重要なダイビングに関する知識をリフレッシュします。
- 私が潜るダイビング・ポイントをよく知ります。初めて潜る場合やダイビング・ポイントの情報が不足している場合は、知識豊かな現地スタッフなどから正式なオリエンテーションを受けます。私が経験したことのある環境よりもコンディションが悪い場合には、ダイビングを延期するか、あるいは良いコンディションのダイビング・ポイントを代替地として選ぶようにします。私の受けたトレーニングや経験にあったダイビング活動にのみ参加するようにします。専門のトレーニングを受けていない場合は、ケーブあるいはテクニカル・ダイビング活動に参加しません。
- よく手入れされていて、使い慣れている器材を使用します。器材は各ダイビング前に正しく調整し、きちんと作動するかチェックします。スクーバ・ダイビングを行うときは必ずBCDと残圧計を使用します。ダイビングをするときは中圧インフレーター(パワー・インフレーター)付きのBCD、残圧計、ダイブ・プランニング/モニタリング器材(使い方の講習を受けたダイブ・コンピューターやRDP/テーブル)を使用します。認定を受けていないダイバーに私の器材を使用させません。
- ブリーフィングや注意事項、その他ダイビングに関する説明や指示をよく聞いて、私のダイビング活動を監督する人のアドバイスに敬意を払います。また、特別なダイビング活動への参加、不慣れた地域でのダイビング、6か月以上ダイビングをしていない場合などは追加のトレーニングが必要であることを認識しています。
- ダイビング中は、最初から最後までバディシステムを守ります。水中での連絡方法や万一離れ離れになったときに再集合するための方法、緊急手順などのダイブプランをバディと一緒に計画します。
- ダイブ・プランニングに熟達します(ダイブ・コンピューター、RDP/テーブルで)。すべてのダイビングを安全マージンのあるノンストップのダイビングで行ないます。水中では水深や時間をモニターする計器を使用します。ダイビングの最大深度は、私のトレーニング・レベルと経験の範囲内に制限します。1分間18メートルより遅い速度で浮上します。S.A.F.E.ダイバーになること— Slowly Ascend From Every dive(すべてのダイビングでゆっくりと浮上)を心がけます。水深5メートルで3分間あるいは用心してさらに長く安全停止をします。
- 正しい浮力を維持します。BCDに空気を入れなくても中性浮力になるように、水面でウエイト調整をします。水中では中性浮力を保ち、水面移動するときや水面で休息するときにはプラス浮力を確保します。ウエイトはいつでも捨てられるようにしておき、トラブルのときは浮力を確保します。少なくとも1個の水面用シグナル(シグナルチューブ、ホイッスル、ミラーなど)を携行します。
- ダイビング中は正しい呼吸を維持します。圧縮空気を吸っているときには絶対に息ごらえやスキップ呼吸をしません。また、スキン・ダイビングなどの息ごらえダイビングでは、過剰なハイパーベンチレーションを避けます。水面、水中を問わず、水中にいるときは動きすぎて疲れてしまわないようにし、私の能力の限界内でダイビングします。
- 可能な限り、ボートやフロート(浮具)、その他の水面用ステーションを設置して使用します。
- 各ダイビング・ポイントでの漁業規則や、ダイブ・フラッグの使用など、ダイビングに関する法律や規則やルールを守ります。

健康チェック表

下記項目に該当するものがあるかどうか、YesかNoにチェックを入れてご回答ください。

Yesの項目がある場合は事前に医師の署名入りのダイバーメディカル／参加者チェックシートが必要になります。

ご不明な点は担当スタッフへご相談ください。

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	腰痛を繰り返し起こす。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	現在処方せんによる投薬を受けている。(避妊薬、マラリア予防薬は除く)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	腰部または背骨の手術を受けている。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	喘息、あるいは呼吸時の喘息、または運動時に喘鳴が起きる、または起きたことがあった。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	糖尿病である、またはなったことがある。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	花粉症、またはアレルギー症状の激しい発作、あるいは頻繁な発作がある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	糖腰、腕、脚の外科手術、外傷や骨折後の後遺症がある。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎によくかかる。	Yes <input type="checkbox"/>	No <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ている、またはしていた。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	何らかの肺の病気(肺炎など)がある、またはなったことがある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	心臓疾患にかかっている、またはわずらっていた。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	気胸がある、またはなったことがある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	狭心症、あるいは心臓外科手術、または動脈手術を受けている。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	その他の肺の病気がある、またはなったことがある。もしくは肺(胸部)の手術を受けたことがある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	耳の病気や手術を受けたり、聴覚障害、平衡感覚障害である。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	意識喪失や、気絶したことがある。(完全、または一時的に意識を失う)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	耳の病気を繰り返し起こす、または起こしていた。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	乗り物酔いがよくある。または乗り物酔いが激しくある。(船酔いや車酔いなど)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	出血やその他の血液障害がある、またはあった。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	赤痢または脱水症状で治療が必要である。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ヘルニアにかかっている、またはわずらっていたことがある。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	何らかのダイビング事故や減圧症である、またはなったことがある。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	潰瘍、または潰瘍の外科手術を受けている。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	中等度の運動ができない。(例えば、約1.6キロの距離を(12分以内で歩くことができない)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	過去5年間に、意識を失う頭部の損傷があった。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	過去5年間に娯楽や治療のために麻薬を用いた、またはアルコール依存症になったことがある。

45歳以上の方で以下の項目が該当するかどうか、YesかNoにチェックを入れてご回答ください。

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	タバコ・電子タバコ等、何らかの方法でニコチンを摂取している。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	高血圧である。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	家族に心臓発作や脳卒中の病歴がある方がいる。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	現在診療を受けている。
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	コレステロール値レベルが高い。	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	食事療法で調整しているが糖尿病である。

◎過去の病気、手術、怪我、現在服用している薬品類等があれば全て書き出してください。

上記「お客様情報」、「ダイバー情報」、「危険の告知書」、「安全潜水実施了解声明書」、「健康チェック表」において知る限り正確に記入し、かつ、内容に関しても署名の前によく理解したうえで同意します。私が未成年の場合は、私の保護者とともに署名します。

参加者署名

日付

保護者署名

日付

年 月 日

年 月 日

担当者・確認者名: