

体験スクーバ・トレーニングレコード

イントロダクトリーダイブ (ISO 11121:2009)

申込同意書/コース記録



公認ダイブセンター

エルマールダイビングスクール

個人インフォメーション

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 連絡先 _____ (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 足サイズ _____ cm 視力(右) _____ (左) _____

緊急連絡先 _____ 本人との関係: _____ 連絡先 _____ (_____)

受講生医学質問フォーム (病歴チェック)

参加者の方へ：以下に示す既往もしくは現在の病歴について該当するものがあればチェックをしてください。チェックがある場合は医師署名のある健康診断書の提出が必要です。

私は、下記の病歴項目に該当するものがあれば、正しくチェックと署名を入れます。過去の病歴や当日の健康状態によってはインストラクターは中断中断することに同意します。

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 風邪、気管支炎 | <input type="checkbox"/> 気胸 | <input type="checkbox"/> 体の一部又は全部にマヒがある |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> 重傷な事故歴 | <input type="checkbox"/> 薬物の常用 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴 | <input type="checkbox"/> 発作、けいれん、めまい、意識喪失や失神 |
| <input type="checkbox"/> 耳の疾患、難聴 | <input type="checkbox"/> アレルギー発作 | <input type="checkbox"/> 妊娠およびその疑い |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔の手術歴 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> ぜんそく / 肺気腫 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> ヘルニア、慢性の腰痛 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 潰瘍 | <input type="checkbox"/> 頭部損傷による意識喪失 |
| <input type="checkbox"/> 何らかの手術歴 | <input type="checkbox"/> 圧平衡 (耳抜き) に障害 | <input type="checkbox"/> 減圧症または他の潜水疾患 |
| <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> 視覚問題 | <input type="checkbox"/> 現在治療中の疾病、病気がある |

私は、ダイビングに適した身体状況であることを確認しました。

私は、知りうる限り最新の医学声明を示しました。

私(署名者)は、上記のすべてが正しい情報であることを誓います。

署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受講者が未成年の場合必須

保護者署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

参加同意書 リスク引受けと免責同意書

私はこのコースで生じる、いかなる事故や身体や物質的な損害、危険があることについて十分な説明を受けたことに同意します。私は自分の身体状態が、ダイビングを行うことに問題がないことに注意を払い、私自身と他のコース参加者のために、インストラクターの指示を守り可能な限りリスク (危険) を低減する行動をとることを誓います。ダイビングに関連する危険要因と危険性を十分に把握し、内容を理解して自分の意思でこの同意書に署名することに同意します。とくに、海洋で呼吸するガスによりスクーバダイビングには一定のリスクを伴い、高圧治療施設で治療を要する傷害を受ける可能性もあることを理解します。海洋または他の水域での潜水エリアが、高圧治療施設から時間的にも物理的にも離れた場所で実施される場合があることを了解しています。このコースに健康管理など細心の注意を払いますが、参加した結果として私が被る可能性のある身体的・物的損害については、潜水エリアが高圧治療施設があったか否かにかかわらず、私自身で責任を負います。SNSI の指導プログラム、または SNSI ダイブセンターや SNSI プロフェッショナルの指示に従わずに、身体的・物質的損害が生じても、SNSI ダイブセンターや SNSI プロフェッショナル、SNSI オフィス及び本部にその賠償責任を問わないことに同意し署名します。

署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受講者が未成年の場合必須

保護者署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

コーストレーニングレコード 担当インストラクター _____ No. _____

セッション	カリキュラム (下記以外のスキルもあります)	受講者署名	インストラクター署名
オリエンテーション	器材についての基礎知識を提示 (1~7)	署名 _____	署名 _____
水中セッション 1 (プール / 限定水域)	1. マスク 2. フィン 3. 浮力コントロール用品 / 浮力調整具 4. クイックリリース・ウエイトシステム 5. レギュレータ / 空気供給システム 6. バックアップ空気源 (オクトパス) 7. 残圧計 / 空気モニター	日付 _____ 署名 _____ 1-7 を理解し、スキルを練習した: はい _____ いいえ _____	日付 _____ 署名 _____
水中セッション 2 (海洋 / 最大水深 8m)	セッションで実施するスキル <input type="checkbox"/> 水面下での呼吸 <input type="checkbox"/> マスククリア <input type="checkbox"/> レギュレーターリカバリーとクリア <input type="checkbox"/> 耳抜き / 圧平衡テクニック	日付 _____ 署名 _____ 1-7 を理解し、スキルができた: はい _____ いいえ _____	日付 _____ 署名 _____

インストラクターコメント欄