

## 病歴書

<参加者各位>

貴方の過去の病歴と現在の健康状態に該当する項目にV印を記入して下さい。これら1から31項目までの中で該当するものがある場合には  
スクリーンダイビンクに参加する前に医師と相談して下さい。必ず記入しなければなりません。

- 現在、風邪を引いている。または鼻がつまりている。      18.  痙攣症、または他のダイビンク事故にあったこと
- 胸圧受薬を受けている。      19.  冷気中で呼吸をしたり運動をするとゼイゼイする。  
がある。
- 呼吸器系のトラウマや病歴がある。      20.  花柳症やその他のアレルギーがある。
- 糖尿病である。      21.  風邪をひきやすい、または気管支炎になりやすい。
- 麻痺状態やメーデー、失神等の病歴がある。      22.  高血圧の病歴がある。
- 心臓のコンプレクションに関する病歴がある。      23.  血液系の不調がある。  
(例：心臓血管系の病気、狭心症、心臓発作等)
- 現在、耳が炎症、または感染をおこしている。      24.  出血しやすい、または出血関係の不調がある。
- 胸圧病気をして手術を受けた。      25.  ヘルニアがある。
- サイナス関係の病歴がある。      26.  潰瘍がある。
- 妊娠中である。      27.  耳抜きが困難である。  
(飛行機搭乗時やダイビンク中の圧平衡)
- 喘息、肺気腫、結核等の病歴がある。      28.  耳の手術をしたことがある。(耳管、補助物等)
- 閉房型痙攣症である。      29.  肺病がみつられている。(気胸等)
- 1日1箱以上喫煙する。      30.  胸の手術を受けたことがある。または球状心臓  
を受けたことがある。
- 耳のトラウマになったことがある。      31.  現在、医師のもとに通院している。または女性の  
病気がある。
- 頭あるいは背中/腰に怪我をしたことがある。      32.  以上のどれでもない。

名前

サイン

日付

## 免責同意書

<よく読んでから署名すること> 私、(受書者名) はスクリーンダイビンク及びスクリーンダイビンクに付随する危険性について十分に説明を受け、完全に理解したことをここに確認します。

また、私は圧縮空気を使用するダイビンク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。

さらに、トレーニング及び散気に必要なオーブンウオータートレーニングは、再圧チャンバーのある場所から時間的にも距離的にも遠く離れた場所で行われる場合があることも理解した上で、ダイビンクトレーニングやインストラクションを受けることに同意します。私は、このコースに参加した結果として、コースの参加に関連して私自身が生ずる可能性のある傷害や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ャンバーがない場合もあることを了承した上で、コースを実施することを希望します。

私は、このダイビンクコースに関連して、私、または私の家族、相続人、あるいは受遺者に傷害、死亡、その他の結果として生じた場合であっても、3014 Kaimuki Avenue Honolulu Hawaii 96816 に所在する フリーズ・ソイ と PADI 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、このコースへの参加が許可されたことを考慮して、このコースに参加している私が生ずる可能性のあるいかなる傷害、その他の損害についても、予期可能な損害であるか否かに関らず、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/団体及びこのコースへのプログラムが、私、あるいは私の家族、相続人、受遺者その他の利害関係人から、このコースへの私の参加を原因とするいかなる告発も受けまいようにすることに同意します。

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文書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現効的であって、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、この書式は私の自由意志で署名するものです。

この文書は、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フリーズ・ソイ スタッフ一同 及び PADI を免除し、請求権を放棄することを目的とした (受書者名) の意志に基づくものです。  
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。

(受書者名)

(日付)

未成年者の場合は親権者の署名

(日付)