

名:

姓:

ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

あなたのSSIダイブセンターがトレーニングの進捗を記録します。SSIプログラムの必要な条件を全て満たしてコースを完了すると、国際的に認められたSSI認定が発行され、インターネットにアクセスできる場所であればどこでも利用できます。

SSIトレーニングフォームは、登録済みのSSIトダイブセンターで管理されます。 SSIトレーニングセンターを変更する場合は、新しいトレーニングフォームのセットを完了する必要があります。

講習生登録情報		
名:	姓:	生年月日 (日/月/年)
	担 分形	
	現住所	
メールアドレス		電話番号
緊急連絡先		
スペシャルティ名		関係
携帯電話		メールアドレス
トレニーン<i>が</i>フュニノた 中げ	; ナ <i>サナノだ</i> さい	iOSまたはAndroidで利用できる

トレーニングフォームを完成させてください

□ 講習生登録

作成されたMySSIの講習生プロファイル:□はい □いいえ

講習生 マスター ID (MID): _____

発行されたデジタルキット: □はい □いいえ

□ プライバシーポリシー

永続的に有効。各トレーニングセンターで1回完了する必要があります。または、すべてのSSIデータベースから個人情報を削除する正式な要求が送信された場合。

□ ダイバーの医学声明書と健康チェック票

1年間有効です。ダイブ医療アンケートの条件に「はい」と回答した場合、医師の承認フォームを追加する必要があります。受講生が病気または負傷した場合、または12か月以内に現在の医療声明および質問エアと矛盾する重大な病状の変化がある場合、SSIトレーニングを続行する前に新しいフォームに記入する必要があります。

□ リスクの承諾/賠償責任請求放棄(欧州連合内では使用されません)

1年間有効です。18歳未満のすべての受講生には、ユース補遺フォームの追加 も必要であり、親/保護者の署名が必要です。(スクーバ、フリーダイビング、 およびXRクステンデッドレンジには個別のリスク/負債の仮定があります。)

□ 責任あるダイバーコード

永続的に有効。各トレーニングセンターで1回修了する必要がありますが、 コース完了フォームを使用して、各コース/トレーニングプログラムの受講生 が再確認する必要があります。(スクーバ、フリーダイビング、およびXRエク ステンデッドレンジには、個々の責任ダイバーコードがあります。)

□ コース完了フォーム

各コース/トレーニングプログラムで完了し、受講生とインストラクターが署名する必要があります。

iOSまたはAndroidで利用できる無料のMySSIアプリをダウンロードしてください! SSIはMySSIアプリを、ダイビング体験のための「オールインワンツール」として設計し、スマホを使ってデジタル学習教材、デジタルログブック、デジタル認証カードへのアクセスをすべて提供します。次のダイビングの前に、ニュース、地元のイベント、トレーニング、楽しい360°ビデオ、ダイブテーブル、ハンドシグナルなどのさまざまな機能を確認できます。

my.divessi.com



MySSIアプリ: iOS



MySSIアプリ: Android





名: 姓:

ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

SSI責任あるダイバーコード

スクーバダイビングは、冒険的な活動で、人間が生存できない水中という環境で特殊な生命維持装置を使用する必要があります。他の冒険的な活動と同じように、スクーバダイビングにはいくつかのリスクがあり、そのリスクは、トレーニングや配慮、注意、あるいは、専門知識の量に係わらず、完全に排除することはできません。、SSIは、こうしたリスクはSSIダイバーダイヤモンド・適切な知識、スキル、器材、および経験を育てること・によって軽減されると信じています。結局のところ、スクーバダイビングに関連する固有のリスクを受け入れるのは個々のダイバー次第であり、すべてのダイビング活動の間ずっと、適切な判断、常識、敬意、個人の自覚や認識を行使してリスクを最小限に抑えることはダイバー各自の責任になります。SSIは、責任あるダイバーコードを開発し、ダイバーに一回一回のダイビングに対する責任を喚起しています。

責任あるダイバーとして-私は誓います:

- 1. 能力に見合ったダイビング 常に自分のトレーニングと認定、経験、快適さ、能力の範囲でダイビングをします。
- 2. 適切なダイバーの健康維持 これには、ダイビングに対する適切な適性や身体的健康、精神的自覚・認識を含みます。
- 3. ダイブプランの活用 ダイビングの計画を立て、計画通りにダイビングをします。 ダイブブリーフィングを聞いてそれに 従います。
- 4. 責任あるダイブパートナーになる 私のダイビングの最初から最後まで、ダイビングパートナーと一緒にいます。 水中でバラバラになった場合に再び合流する手順を知っているようにします。
- 5. ダイビング器材の点検 ダイビングで出かける時はその度ごとに、自分の器材を点検し、すべてが正常に機能していることを確認します。シリンダーバルブが完全に開いていることを確認します。混合ガス (つまり、エンリッチドエアナイトロックス) を使用する場合 ガスを分析し、その限界を把握します。 適切なウェイト調整を行い、自分のウェイトを捨てる方法を知り、浮力調整具 (BC) とインフレータが接続され、適切に機能していることを確認します。 残圧計/水深計、および/または、ダイブコンピューターを簡単にアクセスできる場所にしっかりと留めるようにして、それぞれの使用方法を分かっています。
- 6. ダイバーの自覚と認識 自分のタンク圧力をモニターします。予備のガスで水面に確実に浮上でき、決してエア切れにならないようにします。 水深と時間をモニターし、無減圧限界に注意し、コントロールされた浮上と安全停止を行い、自分のダイビングパートナーをモニターします。
- 7. 熟練したスクーバスキルを維持する 私は、スクーバスキルと知識が忘れやすいことを理解しています。前回のダイビングから6か月を超えて経過している場合、スクーバスキルズアップデートコースを受講することが重要であることを私は理解しています。私は、ダイビング中、適切な浮力を維持し、ゆっくりと浮上し、適切に呼吸して過膨張傷害を防ぎます。
- 8. 環境への配慮 潮の流れ、波浪、視程 (透明度)、水温、天候、ボートの運航、滑りやすい場所、不均一で不安定な陸地、 頭上に障害物のある環境、水中拘束、危険な海洋生物に注意します。 私は、ボートが水面で常に不安定であることを 理解しており、常に片手で自分の安定を確保します。 私は、馴染みのない環境でダイビングをする場合、地元のプロフェッショナルに指導してもらってダイビングに参加することが重要なことを理解しています。 私は、すべてのダイビングの規則、法令、コード、および、すべての適用される規則、法令、コードに従います。
- 9. 緊急計画 自分の器材を点検するのに加えて、私はダイビングのパートナーの器材が適切に機能し、適切に構成・配置されていること、および、緊急時に自分たちのウェイトの取り外し方が分かっているかを確認します。私は、自分たちのバックアップ空気源が適切に留められていて、エア不足やエア切れの緊急事態の際に簡単に手が届くようになっていることを確認します。私は、スクーバのハンドシグナルと、緊急時に他の人に警告する方法を知っています。私は、ダイブパートナーまたは自分の緊急事態に備えて、緊急計画を作成しています。
- 10. 責任の受け入れ 私はすべてのダイビング活動中、私の安全について最終的に責任を負います。これらの責任を遵守しないと、私が重篤な傷害を受ける、あるいは、死亡するリスクが高まるでしょう。 事故はすべての安全ガイドラインに従っている場合でも発生する可能性があるため、私は、個人のダイビング事故保険に加入する必要があることを理解しています。

私は責任あるダイバーであることの重要性を理解していますし、また、SSI 責任あるダイバーコードを遵守することを誓います。私は、SSI責任あるダイバーコードを遵守しないと、私の安全と健全な状態が損なわれることになるのを理解しています。

参加者の名前(ローマ字)	 参加者の署名	日付(日/月/年)
親/保護者の氏名(該当する場合)	親/保護者の署名(該当する場合)	日付(日/月/年)



名:

ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

SSIレクリエーションスクーバトレーニング-リスク

の承諾、責任の免責、および補償の規定

このフォームは、現地の法律/規制に応じて、EUおよび他のさまざまな国では使用しない-トレーニングセンターおよびプロフェッショナルは、法律/現地の規制を知り、遵守する責任がある。 これは、訴訟を起こす権利を放棄する法的契約です。 よく読んでからサインしてください。 警告 – スクーバダイビングは生命を維持する器材およびテクニックを使用するもので、そうした器材やテクニックにはケガや病気また死に至るようなリスクがどうしても存在します。

スクーバトレーニングへの参加を受け入れていただくにあたって、私、れること、また、SSI責任あるスクーバダイバーコードを遵守することについて明確に同意いたします。私は、この同意書が、私、私の家族、財産、相続人、および/または私の代わりに申し立てを行う可能性のある人と**HOBO-YA PHUKET**(トレーニングセンターの名前、楷書で記入)、これにはすべてのインストラクター、ファシリティ、ボート、ダイブサイトを含みますが、その両者の間に結ばれるものでであることを理解しています;これにはさらに、スクーバスクールズインターナショナル(「SSI」)、およびそれぞれのオーナー、責任者、従業員、代理人、ボランティア、代理店、請負業者、および、具体的に名称があるかどうか関係なくそこのために働く人も加わります(以後「被免責者」という)。

私は、自らの意志で、スクーバダイビング、および、それに関連するすべての活動に起因する傷害、疾病、死亡に関するリスクの責任を、それが予期できるものであろうとなかろうと、すべて引き受けます。そこには、以下のものに係わるリスクを含みますが、それだけに限られるわけではありません;水泳、水へのエントリーとエキジット、転倒、ボートに衝突される、あるいは、置き去りにされる、水中でバラバラになる、あるいは、迷子になる、息こらえをする、元々健康状態に問題がある、心不全、過労、パニック、溺れ、圧力関連の傷害、減圧症、環境による傷害や海洋生物による傷害、原因不明、器材の不調、不適切な器材の組み立てや確認、不適切なダイビング計画、または他のダイバーまたはサポート要員の不適切な行動(レスキューや回収、蘇生、または緊急アシストをすることへの失敗を含みます)などにかかわるリスクです。

私は、「被免責者」の怠慢も含めて、私のスクーバ体験およびすべての関連する活動に関連する、実際に行ったすべてのことと、行わなかったことからくる結果として、私が傷害や疾病、あるいは、死亡したことに対して、私、あるいは、私の財産、家族(未成年の子供も含む)、相続人、または、他の賠償請求をする可能性のある者による、すべての請求、要求、訴因、訴訟、被害に対して、「被免責者」を免責し、請求せず、訴えず、罪を免除し、保護し、補償を免除し、罪を問わないことに同意いたします。私は、私の家族および私の名の下に法的権利を持つ全ての人たちに、私自身がこの同意書に署名したこと、そして、その人たちもこの同意書に拘束されるというのが私の意志であることを伝えるのは私の責任であることに同意します。私は、私または私の財産が、私のスクーバダイビングへの参加および関連するすべての活動から生じる、私の側からもたらされるいかなる請求に対しての、「被免責者」への被害(費用)に対して完全な(支払い)責任があるものとすることに同意します。

私は、SSI責任のあるスクーバダイバーコードを注意深く読み、理解し、また、すべてのダイビング活動にそれを遵守することに同意します。私は、スクーバダイビングをしている際はずっと、私には自分の安全と健康に責任があることを理解し、また、そのことに同意します。スクーバダイビングに参加するのに身体的、医学的、精神的に適性を保つ責任が私にはあります。 私は、健康チェック票に記入したすべての個人情報は私の知る限り、正しく、かつ、正確なものであることを確約いたします;また、私が、知っていた医学的状態を開示しなかったことによって引き起こされた傷害や疾病、あるいは、死亡について、他の人に責任を負わせることも、賠償請求をすることもありません。 私は、自分の器材の構成・配置、組み立てに責任があり、ダイビング前に点検して、それが適切であり、正しく機能していることを確認する責任があります。 私には、すべてのダイビング活動を計画および実行する責任があります。これには、潜在的な緊急事態を予測することも含まれます。 私は、「被免責者」も含めて、私の健全な状態を守れなかったことや私が確実に器材を使えなかったこと、あるいは、私のダイビング活動を完全に行えなかったことに対する責任を誰かに負わせることはありません。 私は、自分の能力や快適レベルの範囲内でない条件や、そうでない場合にダイビングは行いません。 状況が危険になる、あるいは、気分が悪くなる、傷害を受けた場合は、直ちにダイブリーダーに連絡し、正しい状況に戻すよう行動します。 私は、ダイビング活動が、時間および距離に関して、医療施設や再圧室から離れたところで行われることを理解しています。 私は、ダイブトレーニングが私の安全を保証するものではないこと、また、適切な手順を守っていても事故が発生することもあることを理解しています。 私は、ダイビング関連の緊急事態、緊急搬送、医療処置を具体的にカバーする個人保険の重要性、および、それに責任を持って加入する必要があることを理解しています。

私は、SSIが、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、および、その関連会社に対してさまざまなSSIの商標の使用許可を与え、SSIトレーニングを実施する許可を与えていることを理解しています。しかし、私は、彼らがSSIの代理人でも、従業員でも、一手販売権を与えられた者でも、その上部団体でも、子会社でも、系列の会社でもないことに同意します。さらに、私は、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、およびそれらの関連会社の事業は独立しており、SSIが決して所有、運営、管理するものではないこと、また、SSIがSSIトレーニングプログラムの基準と教材を制定していますが、SSIは、SSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、その関連事業、および/またはその従業員のスタッフによる事業活動または日常的なトレーニングプログラムの管理、および/またはダイバーの監督を行う権利もないということを理解しています。私は、さらに、自分自身の名において、ダイビング活動中に傷害や疾病、または死亡になった場合、私のダイビング活動にSSIトレーニングセンター、SSIプロフェッショナル、およびその他の関連事業者、あるいは、私のダイビング活動に関係のある人たちの行動、不作為、または怠慢に対してSSIが責任を負わないものとすることを理解し、それに同意します。

私は、この同意書とSSIスクーバ責任あるスクーバダイバーコードを読みました。 私は自分の責任を明確に理解しており、この同意書にサインすることで法的権利を放棄することを明確に理解しています。 私はこれが法的契約であることを理解しており、また、私は自分の意志でそれにサインし、誘導や強制はありません。私は、これが法律で許される最大限の範囲で、すべての責任を無条件かつ完全に放棄するものであることを理解しています。 本同意書の一部が法的強制力がないことがわかった場合、その部分は切り離され、残りは完全な法的効力を有するものとします。私は、前もって印刷された文章に変更を加えずに、本同意書に拘束されることに同意します。この同意書の条項は、私がこの同意書にサインした日から1年間、すべてのスクーバダイビングトレーニング(エントリーレベルトレーニングおよび継続教育トレーニングを含む)および関連する活動に対して有効であるものとします。 私は20歳以上であり、本同意書を締結する法的能力があります。または、「未成年付属書式」に記入して、親または保護者の書面による同意を得ています。

参加者の名前(ローマ字)	- 参加者の署名	日付(日/月/年)
親/保護者の名前(該当する場合)	親/保護者の署名(該当する場合)	日付(日/月/年)



名: 姓:

ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

未成年者への追記-リスクの承諾、責任の免責、および補償の規定

このフォームは、現地の法律/規制に応じて、EUおよび他のさまざまな国では使用しない-トレーニングセンターおよびプロフェッショナルは、法律/現地の規制を知り、遵守する責任がある。

未成年者の保護者への通知

このフォームを完全かつ注意深く読んでください。 あなたは、潜在的に危険な活動に未成年の子供が関与することに同意します。 あなたは、権利放棄対象者がこの活動を提供する際に充分な注意を払っている場合でも、不可避あるいは除外不可能な固有の危険性は存在し、この活動に参加することにより、あなたの子供が重傷を負ったり、死亡する可能性があることに同意します。 このフォームに署名することにより、あなたは死を含む、子供の身体損傷、またはこの活動に通常伴うリスクに起因する財産の損害や、あらゆる人身傷害に関する訴訟において権利放棄対象者からの権利の回復を求める子供の権利とあなた自身の権利を放棄します。 このフォームへの署名を拒否する権利があり、権利放棄対象者は、このフォームに署名せず、リスク、責任の解放、および補償の規定に同意しない場合、子供が参加することを拒否する権利があります。

未成年者への追記-リスクの承諾、責任の免責、および補償の規定は、署名日から1 年間有効です。

参加者の名前 (ローマ字)	 参加者の署名	日付(日/月/年)
到/促華老の氏名/該当する提合)	ョ/促議者の睾丸(該当する提合)	











ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーショナルスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。 ダイビングをするにあたって危険を生じうる 状態があり、以下にそれをあげてあります。 こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。 この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。 このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。 具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。 伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。 このチェックシートでの"ダイビング"という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。 このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。 あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

お願い

レクリエーショナルダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。 女性への注意: 妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに肺/呼吸、心臓、血液に問題があったことがあります。あるいは、COVID-19 (新型コロナウイルス感染症)と診断されたことがあります	はい □ A欄へ	いいえ口
2	45歳を超えています。	はい□ B欄へ	いいえ口
3	中程度の運動 (例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ) をするのに苦労します。 または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい*□	いいえ口
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい□ C欄へ	いいえ口
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	はい*□	いいえ口
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい ロ D欄へ	いいえ口
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です(あるいは、 過去5年以内に治療が必要でした)。または、学習障害と診断されたことがあります。	はい □ E欄へ	いいえ口
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい□ F欄へ	いいえ口
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい□ G欄へ	いいえ口
10	処方薬を服用しています(避妊薬、あるいは、メフロキン(ラリアム)以外の抗マラリア薬は除く)。	はい*□	いいえ口

参加者署名

上の10の質問すべてに「	いいえ」と回答した場合	、医師による評価は必	要ありません。以下	の参加者宣誓文を読み	、同意したことを署
名と日付を記入してご確	翟認ください。				

参加者宣誓文:私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

参加者のサイン(未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です)。	日付 (日/月/年)
参加者氏名(楷書)	生年月日 (日/月/年)
	ファシリティ名(楷書)

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て(参加者チェックシートと医師の評価シート)を医師に提出して、評価を受けてください ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

1 of 3 © 2020

((楷書)) 日付(日/月/年)

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート(つづき)

関係事情、の選手等、の選手等のアレルギー、不称所、気質の高まのが学生12ヶ月以内にあり、会体活動停動に制度が生じました。			
構造、機構・事象のアルギー、花粉疹、気声の話すりがあま12ヶ月以内にあり、春性活動が動いで担かれた。	A欄 – 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
100 10	胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、ステント留置、気胸(肺虚脱)。	はい*□	いいえ口
がいて いいえ	喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい*□	いいえ口
2007 19 (新型コロナウイルス温泉(田)と参照されました。	心臓に関係するトラブル、あるいは、病気。例えば:狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、 心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい*ロ	いいえ口
BIR	過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、肺気腫と診断されました。	はい*□	いいえ口
はい ロスチロールはが高いです。 はい ロ いいえ ロルスチロールはが高いです。 はい ロ いいえ ロルスチロールはが高いです。 はい ロ いいえ ロルスチロールはが高いです。 はい ロ いいえ 50歳未満で家然死したり、心臓患、または、脳中中で死亡したける者がいます。あるいは、50歳未満でな然死したり、心臓患、または、脳中中で死亡したける者がいます。あるいは、50歳未満でな然死したり、心臓患をの必要な必要ながします。 ない ロ いいえ 温光がら対外に、風熱性の手術を受けました。 はい ロ いいえ 過去がら対外に、風熱性の手術を受けました。 はい ロ いいえ 過去がら対外に、風熱性の手術を受けました。あるいは、間こえにくい、もしくはバランスがよくありません。 はい ロ いいえ 派送より有以内に関係の意が変かを表でがました。 はい ロ いいえ 派送より有以内に関係の事務を受けました。 はい ロ いいえ 派送より有以内に関係がまるが表を表でがました。 はい ロ いいえ 過去35年以内に関係があるからようた。あるいは、その予格薬を組用しています。 はい ロ いいえ 過去55年以内に関の前が強った過去たいたがあります。 はい ロ いいえ 過去55年以内に関の前が残った風寒を失ったことがあります。 はい ロ いいえ 記念55年以内に関の前が残った風寒を大ったことがあります。 はい ロ いいえ に着 私は現在以下の状態でした。 または、国産が多くなったのであり悪を提用しています。 はい ロ いいえ に着 私は現在以下の状態ですが出まに以下の状態でした! しい いえ こんかん でんかん でんかん でんかん でんかん を思わせる様代 または、けいなん あるいは、その予防薬を提用しています。 はい ロ いいえ に着 私は現在以下の状態でした。 はい ロ いいえ 医療 あるいは特殊利の治療が必要な、行物や気があるいは、特殊が成しなることがあります。 はい ロ いいえ 現在機能の心臓療が必要な、行物や気があるいは、半部療の大腿でよった。 はい ロ いいえ 現在機能の心臓療が必要な、特殊かるいは、大性の大性なした! はい ロ いいえ 国産経路を心臓が必要な 楽物、あるいは、大性の大性なした! はい ロ いいえ 国産経を与り以内に、日程活験を制度する様に表してが、表しい。 はい ロ いいえ 温光にクー 以内に、日程活験を制度する様のはままなんの表しまた。 はい ロ いいえ 温光にクー 以内に、日程活験を制度する様の表しなります。 はい ロ いいえ 温光を介えり以内に、日産活動をあるいは非常面の毒素、防患とならます。 ない ロ いいえ 温光にからないま 未活剤の満れて対策でな過度があいままなんの の悪師の診断を受けました。 はい ロ いいえ 温光に存みの の悪 いまな 海療が決 変な かいは、温光のよう 見い、温水でした。 はい ロ いいえ 温液性の表の いま 本着物の満に移る いは、混合か チリスに 通過 まな いは、温光の チリスに 連ណする いは 未活剤の満れて おばら はい ロ いいえ 経を発みがしままる の の まな は はい ロ いいえ 経を発みがしままる の の まな は はい ロ いいえ 経 な な いは 本着物の 漁 に いまな に いい ロ いいえ 経 な な いは 本着物の 漁 に いる は いい ロ いいえ 経 な な いは 本着物の 漁 に いまな に いい ロ いいえ 経 な な かは 本着物の 漁 に いまな に いい ロ いいえ 経 な な いは 本着物 の 漁 に おい ロ いいえ に な いは は い ロ いいえ に な いは は い ロ いいえ に な いは いまな は い ロ いいえ に な いは は い ロ いいえ に な いまな に な は い ロ いいえ に な いは かは かな いは 本着か の 小は 本着か の 漁 に な いは いれな に い ロ いれな に な いまな に な い ロ いれな に な いまな に	COVID-19 (新型コロナウイルス感染症)と診断されました。	はい*ロ	いいえ口
コレステロール値が高いです。	B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です:		
無面圧です。 はい ロ いいえ 500余未満で吹吹飛したり、心疾患、未たは、総卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、500余未満 はい ロ いいえ 600余年の開産のある家族がいます(不整殊、見動論疾患、心療性を含む)。 600余年の開産のある家族がいます(不整殊、見動論疾患、心療性を含む)。 600余年の開産のある家族がいます(不整殊、見動論疾患、心療性を含む)。 600余年の開産のある家族がいます(不整な、見動論疾患、心療性を含む)。 600余月以内に副鼻腔を呼が受けました。 600余月以内に副鼻腔を呼が受けました。 600余月以内に副鼻腔を弾が受けました。 600余月以内に副鼻腔と療を育む起こしています。 600余月以内に副鼻腔と変を育む起こしています。 600余年以内に関卵が痛で高減をたったことがあります。 600余年以内に関卵が痛で高減をたったことがあります。 600余年以内に関卵が痛で高減をたったことがあります。 600余年以内に関卵が痛で高減をたったことがあります。 600余年以内に関卵が痛で高減をたったことがあります。 600余年以内に関卵がありました。 600余年以内に関卵がありました。 600余年以内に関卵が高がありまま。 600余年以内に関卵がありませた。 600余年以内に関卵がありませた。 600余年以内に関卵がありままを加ま、これは、その予防薬を避用しています。 600~100次 600余年以内に関卵があります。 600~100次 600余年以内に自動が対す合いた。または、更適が与くのた(気をうしなったり、ほんやりしたりした)ことがあります。 600余年以内に自動が必要な、手によいな状态。 600余日以内に自動が必要な、行動や気分、あるいは、表面が外臓になることがあります。 600余日以内に治療が必要な、手が、あるいな、アルフールを存在と診断されています。 600余日以内に治療が必要な、手が、あるいな、子部入患随者と診断されています。 600~100次 600余日以内に治療が必要な、対験、あるいな、子が一人・一人・一人・ 600余日以内に治療が必要な、対験、あるいな、子が一人・ 600余日以内に、治療なの対象が再発しました。 600~100以及過去が中人以内には自動服を必要するを関係がある。 600~100以及過去を中人以内には自動服を必要するを関係があます。 600~100以及過去を中人以内には自動服を必要するを関係のあます。 600~100以及過去を中人以内には自動服を必要するを関係のあます。 600~100以及過去が過去が関連でもとが一人・ 600~100以及過去が必ずの対象が手がありました。 600以の以及過過な過去が必ずるよいは、過去をケ月以内に清痛の手術を受けました。 600以の以及を対な過去を関連では関係のとい、過去をク月以内に清痛の手術を受けました。 600以の以及るいは未治者の資素を関連では関するとい、過去をク月以内に清痛の手術を受けました。 600以の以及るいは未治者の資素を関連では、過去ないは、過去をク月以内に清痛の手術を受けました。 600次 600余の資素を関連では原のがありました。 600次 600余の資素を関連では原のがありました。 600次 600余の資素を対ながは、過去をク月以内に清痛の手術を受けました。 600次 600余の資素を対なしまえないは、過去を分月以内に清痛の手術を受けました。 600次 600余の資素を対なしまえないは、過去を分月以内に清痛の手術を受けました。 600以のに関係を必要するとは認めませませました。 600次 600余の音楽を表が内が見まれました。 600次 600余の音楽を表が内が見まれました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれませました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれませました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれませました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれませました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれました。 600次 600余の音楽を表が内がしまれませましましましませましましましましましませましましましましましませましましましましましましましましましましませましましましましませましましませましましましましましませましましましましましませましましましましましましましましましましましませ	私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい*□	いいえ口
18.0 0.00	コレステロール値が高いです。	はい*□	いいえ口
での疾患の病剤のある素族が小ます (不動能、致動脈疾患、心筋症を含む)。 Cial A	高血圧です。	はい*□	いいえ口
接近の月以内に副鼻腔の手術を受けました。 はい。 いいえ	50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満 で心疾患の病歴のある家族がいます(不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む)。	はい*□	いいえ口
国の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、耐こえにくい、もしくはパランスがよくありません。 はい・□ いいえ 過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。 はい・□ いいえ 過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に関の手術を受けました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に関の手術を受けました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に偏頭係の再発があります。 はい・□ いいえ 140・150・150・150・150・150・150・150・150・150・15	C欄 – 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去12ヶ月以内に副身腔に炎症を再び起こしています。 はい・□ いいえ	過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい*□	いいえ口
過去34月以内に限の手術を受けました。 はい・□ いいえ がいた で が で で で で で で で で で で で で で で で で で で で で	耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくはバランスがよくありません。	はい*□	いいえ口
Diff	過去12ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい*□	いいえ口
過去5年以内に開部外傷で意識を失ったことがあります。	過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい*□	いいえ口
持続性の神経傷害または疾病があります。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。 はい・ロ いいえ でんかん、てんかんを思わせる発作、または、労働大に、労働を制度しています。 はい・ロ いいえ には、「日本	D欄 – 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。 はい・ロ いいえ でんかん、てんかんを思わせる発作、または、意識が悪くなった(気をうしなったり、ぼんやりしたりした)ことがあります。 はい・ロ いいえ でんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。 はい・ロ いいえ でんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。 はい・ロ いいえ 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい・ロ いいえ 現在機械して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・ロ いいえ 現在機械して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・ロ いいえ 現在機械して治療や心理のサービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・ロ いいえ 現在機械して治療や必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい・ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・ロ いいえ は能能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい・ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがありました。 はい・ロ いいえ 近新性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 近端性表別は、第一次は、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 近端性あるいは未治療の潰瘍性大腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 近端性あるいは未治療の潰瘍を受けました。 はい・ロ いいえ 近端性あるいは未治療の潰瘍、あるいは、逆流性胃腸障害(GERD)がありました。 はい・ロ いいえ 近端性あるいは未治療の潰瘍、表といは、逆流性胃腸障害(GERD)がありました。 はい・ロ いいえ にいえ にいまた にいまた はい・ロ いいえ にいまた にんき はい・ロ いいえ にいまた にいまた はい・ロ いいえ にいまた にいまた はれい・ロ いいえ にいまた にんき はい・ロ いいえ にいまた にんきん はれいまた にんきん はい・ロ いいまた にんきん はい・ロ いいまた にんきん はれまた にんきん はい・ロ いいえ にいまた にんきん はれまた にんきん はれまた にんきん はれまた にんきん はれまた にんきん はれまた にんきん はれまた にんきん にんきん にんきん にんきん にんきん にんきん にんきん にんき	過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい*□	いいえ[
過去5年以内に目の前が真い暗になった、または、意識が悪くなった(気をうしなったり、ぼんやりしたりした)ことがあります。 はい・ロ いいえ でんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。 はい・ロ いいえ 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい・ロ いいえ 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい・ロ いいえ 現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・ロ いいえ 現在継続して治療や必要な呼がであるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に治療が必要な 薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ 過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい・ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、胃があるいは脊椎の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食腫制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・ロ いいえ 引き犯 たる制限する未治療の 演瘍、問題となる創傷があります。 はい・ロ いいえ 活動性あるいは未治療の 演瘍、問題となる創傷があります。 はい・ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な説水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な説水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 通素7日以内に、医師による治療が必要な説水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 通路性あるいは未治療の 青または腸の 潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に 漢傷の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい・ロ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい・ロ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい・ロ いいえ 類繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい・ロ いいえ 活動性あるいは未治療の 潰瘍性 大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・ロ いいえ 活動性 あるいは未治療の 潰瘍性 大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・ロ いいえ	持続性の神経傷害または疾病があります。	はい*□	いいえ口
でんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。 はい *□ いいえ E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした: 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい *□ いいえ 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい *□ いいえ 現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい *□ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい *□ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい *□ いいえ 過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい *□ いいえ 過去12ヶ月以内に背部あるいは食権の手術を受けました。 はい *□ いいえ 身体能力を制限する未治療のへルニアがあります。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の演瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に演瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の演瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に演瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の資息、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に演瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の資息に関節は本語したがあります。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の背または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に演瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の資息性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の資息性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは、治療で潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ	過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい*□	いいえ口
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした: 医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい・□ いいえ 尿症継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・□ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・□ いいえ 過去647月以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に背部あるいは育権の手術を受けました。 過去12ヶ月以内に背部あるいは食館制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食館制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・□ いいえ はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の演瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の演瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、おるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の背または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の背または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 振野性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・□ いいえ	過去5年以内に目の前が真っ暗になった、または、意識が悪くなった(気をうしなったり、ぼんやりしたりした)ことがあります。	はい*□	いいえ口
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。 はい・□ いいえ 医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害 (躁うつ病) があります。 はい・□ いいえ 現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・□ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・□ いいえ 一番 はい・□ いいえ 「はい・□ いいえ 「はい・□ いいえ」 「はい・□ いいえ 「はい・□ いいえ」 「はい・□ いいえ 「はい・□ いいえ」 「はい・□ いいえ 「精神を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。 はい・□ いいえ 「動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃痛を関膜管害 (GERD) がありました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・□ いいえ にいい・□ いいえ にいいえ	てんかん、てんかんを思わせる発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい*□	いいえ口
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害(躁うつ病)があります。 はい *□ いいえ 現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい *□ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい *□ いいえ	E欄 – 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。 はい・ロ いいえ 過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい・ロ いいえ には、・ロ いいえ には、・ロ いいえ 過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい・ロ いいえ 過去12ヶ月以内に背部あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・ロ いいえ 身体能力を制限する未治療のルニアがあります。 はい・ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 「はい・ロ いいえ 「はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍、必要な脱水状態になったことがあります。 はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・ロ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・ロ いいえ	医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい*□	いいえ[
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。 はい □ いいえ 「はい □ いいえ はい □ いいえ はい □ いいえ 過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい □ いいえ 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい □ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 【はい □ いいえ 「はい □ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 「はい □ いいえ 「活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 「はい □ いいえ 「頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 「はい □ いいえ 「活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 「はい □ いいえ	医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害(躁うつ病)があります。	はい*□	いいえ口
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした: 過去12ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい・□ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい・□ いいえ 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 「個一私は過去に以下の状態でした: 人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。 はい・□ いいえ 通去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい・□ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい・□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい・□ いいえ	現在継続して治療や心理的サービスが必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい*□	いいえ口
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。 はい * ロ いいえ 過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい * ロ いいえ 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ はい * ロ いいえ はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい * ロ いいえ にいえ がまな にはい * ロ いいえ におきな にはい * ロ いいえ にない * ロ いいえ におきな にはい * ロ いいえ にない * ロ い * ロ い * ロ いいえ にない * ロ いれる いは * ロ いいえ にない * ロ いれる いは * ロ いいえ にない * ロ いいえ にない * ロ いれる いは * ロ いれる いは * ロ いいえ にない * ロ いいえ にない * ロ いれる いは * ロ いれる いれる いれる いれる いはない * ロ いれる いはないない はない * ロ いれる いはない * ロ いねる いはない * ロ いねる いはない * ロ いれる いはない * ロ いねる いはない * ロ いれる いはない * ロ いねる いはない * ロ いねる いはない * ロ いねる いはない * ロ いねる いはない * ロ いはないない * ロ いはない * ロ いねる いはない * ロ いねる いはない * ロ いはないないない * ロ いはないない * ロ いはないない * ロ いはないない * ロ いはないないないないない * ロ いはないないないないないないないないないないない	過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい*□	いいえ[
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい * ロ いいえ 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ 「はい * ロ いいえ 「ない * ロ いいえ いいえ 「ない * ロ いいえ いれる いね * ロ いいえ いれる 「ない * ロ いいえ いれる いね * ロ いいえ いれる いね * ロ いいえ いれる いね * ロ いれる いね * ロ いいえ いねる いね * ロ いれる いね * ロ いねん な な はん * ロ いれる * ロ いれる いねん * ロ いれる いねん * ロ いねん な はん * ロ いれる いねん * ロ いれる いねん * ロ いれる いねん * ロ いねん な はん * ロ いれる いねん * ロ いねん な な はん * ロ いねん な はん な はん * ロ いねん な はん な はん * ロ いねん な はん な	F欄 – 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした:		
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。 はい * ロ いいえ 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 はい * ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ	過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい*□	いいえ[
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい*□	いいえ[
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい * ロ いいえ G欄 - 私は過去に以下の状態でした:	過去12ヶ月以内に、薬あるいは食餌制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠糖尿病になりました。	はい*□	いいえ[
G欄 -私は過去に以下の状態でした: 人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。 はい *□ いいえ はい *□ いいえ はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 損繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい *□ いいえ はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい*□	いいえ[
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。 はい *□ いいえ 過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ	活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい*□	いいえ[
過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。	G欄 –私は過去に以下の状態でした:		
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。 はい *□ いいえ 頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害 (GERD) がありました。 はい *□ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *□ いいえ	人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい*□	いいえ[
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害(GERD)がありました。 はい *ロ いいえ 活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。 はい *ロ いいえ	過去7日以内に、医師による治療が必要な脱水状態になったことがあります。	はい*□	いいえ[
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい*□	いいえ
	頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、逆流性胃腸障害(GERD)がありました。	はい*□	いいえ
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。 はい *ロ いいえ	活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい*□	いいえ[
	過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい*□	いいえ口

^{* *}医師による評価が必要(1ページ参照)

2 of 3 © 2020

((楷書)) 日付(日/月/年)

ダイバーメディカル | 医師による評価シート

上記の者は、レクリエーショナルダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。 ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、 uhms.org をご確認ください。先生が評価するところは、依頼人に関係する (2ページの質問に「はい」と回答した) 部分をご確認ください。

評価結果

□ 参加することに同意 リーダイビングに適	します - レクリエーショナ さないと考えらる状態はる	-ルスクーバダイビングまたはフ ありませんでした。	
□ 参加することに同意 はフリーダイビング(しません – レクリエーショ こ適さないと考えられる\	ョナルスクーバダイビングあるい 犬態がありました。	
		V3.10 10 9 0 10 1 20	
	医師のサイン		日付 (日/月/年)
医師氏名		専門	
	((楷書))		
クリニック/病院			
住所			
電話番号		Eメール	
		医師/クリニックのスタンプ(任意)	

作成:<u>Diver Medical Screen Committee</u> 提携·協力団体:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

3 of 3



名:

姓: ここに自分の名前を記入することにより、下記内容に責任を持つことに同意します。

アドバンスド・アドベンチュアラー 完了レコード

7 11 7 1 1 1 1 1 1 1	, <u> </u>	
ボート・ダイビング	パーフェクト・	プール/限定水域スキル(オプション)
 ボ	イヤンシー	
ディープダイビング		ダイバーイニシャル 日付(日/月/年) インストラクターイニシャル MySSI プロ番号
ドライスーツ・	フォト&ビデオ	オープンウォータートレーニングダイブ1完了
	スクーター/	
ダイビング □□□ DF	PV ダイビング	アドベンチャーダイブ
エンリッチドエア・	サーチ&リカバリー	
ナイトロックス	9 7 8 9737 (9	7 17 1—2 (7) 113(11/13/ -) 12/17/77 1–2 (7) My331 2 111 3
_	波・潮・カレント	オープンウォータートレーニングダイブ2完了
ナビゲーション	沈船(レック)	 アドベンチャーダイブ
	イビング	71(2) (
,		ダイバーイニシャル 日付(日/月/年) インストラクターイニシャル MySSI プロ番号
学科セッション完了		オープンウォータートレーニングダイブ3完了
	 アーイニシャル MySSI プロ番号:	
→ ↓ 11 ==/-		
スキル評価		
▶ ダイビング前スキル		ダイバーイニシャル 日付(日/月/年) インストラクターイニシャル MySSI プロ番号:
▶ ダイビング前およびスキルのブリーフィンク	>	オープンウォータートレーニングダイブ4完了
● ダイビングの計画立案		3 7 7 7 1 7 2 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
▶ スクーバユニットの装着		アドベンチャーダイブ
▶ ダイビング前のチェック		
▶ インストラクターマニュアルに記載されてし	る	ダイバーイニシャル 日付(日/月/年) インストラクターイニシャル MySSI プロ番号
アドベンチャーダイブの必須スキル		オープンウォータートレーニングダイブ5完了
▶ ダイビング後スキル		オープングオーヌー[・レーニングタ・1プ3元]
▶ スクーバユニットの取り外し		
▶器材の手入れ		
▶ デブリーフィング/ログブック		ダイバーイニシャル 日付(日/月/年) インストラクターイニシャル MySSI プロ番号
受講生はすべての学科セッションとすべ	てのスキル評価を満足に完	了しました。受講生はこのSSIプログラムの認定要件を満たしています
受講生は全てのダイビングにおいて、SS		

	日付(日/月/年)	インストラクター名(楷書)	日付(日/月/年)
- 親/保護者の署名(該当する場合)	日付(日/月/年)		MySSI プロ番号: