



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) |
| 現住所 | | |
| メールアドレス | 電話番号 | |

緊急連絡先

| | |
|----------|---------|
| スペシャリティ名 | 関係 |
| 携帯電話 | メールアドレス |

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の講習生プロフィール: 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。

ダイバーの医学証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、コ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)とインフレーターが接続され、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: _____ 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が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、_____ (受講生名、楷書) は、この同意書に拘束されること、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、息こらえを不、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、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、死亡したことに對して、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、被害に對して、「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對しての、「被免責者」への被害 (費用) に對して完全な (支払い) 責任があるものとするに同意します。

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、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、その関連会社に對してさまざまな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關係のある人たちの行動、不作為、または怠慢に對してSSIが責任を負わないものとするに同意し、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對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十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) |
| _____ 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) |

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーションal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

レクリエーションal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 <input type="checkbox"/> A欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2 | 45歳を超えています。 | はい <input type="checkbox"/> B欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> C欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> D欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 7 | 現在、精神的疾患、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 <input type="checkbox"/> E欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> F欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> G欄へ | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |

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、いかなることも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)

インストラクター氏名 (楷書)

ファミリー名 (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、上記の宣誓文を読み、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。

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート(つづき)

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした: | | |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 心臓に関するトラブル、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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| COVID-19(新型コロナウイルス感染症)と診断されました。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です: | | |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| コレステロール値が高いです。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 高血圧です。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 過去3ヶ月以内に眼の手術を受けました。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 持続性の神経傷害または疾病があります。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。 | はい * <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |

* * 医師による評価が必要(1ページ参照)

ダイバーメディカル | 医師による評価シート

上記の者は、レクリエーション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态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します - レクリエーションスキューバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。
- 参加することに同意しません - レクリエーションスキューバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

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: [Diver Medical Screen Committee](#) 提携・協力団体:
The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego



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・アドベンチャーラー 完了レコード

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ボート・ダイビング | <input type="checkbox"/> パーフェクト・ ポイヤンシー |
| <input type="checkbox"/> ディープダイビング | <input type="checkbox"/> フォト&ビデオ |
| <input type="checkbox"/> ドライスーツ・ ダイビング | <input type="checkbox"/> スクーター/ DPV ダイビング |
| <input type="checkbox"/> エンリッチドエア・ ナイトロックス | <input type="checkbox"/> サーチ&リカバリー |
| <input type="checkbox"/> ナビゲーション | <input type="checkbox"/> 波・潮・カレント |
| <input type="checkbox"/> ナイト/視界不良 | <input type="checkbox"/> 沈船(レック) ダイビング |

学科セッション完了

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:

スキル評価

- ダイビング前スキル
- ダイビング前およびスキルのブリーフィング
- ダイビングの計画立案
- スクーバユニットの装着
- 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いる
アドベンチャーダイブの必須スキル
- ダイビング後スキル
- 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

プール/限定水域スキル(オプション)

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:

オープンウォーターートレーニングダイブ1完了

アドベンチャーダイブ

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:

オープンウォーターートレーニングダイブ2完了

アドベンチャーダイブ

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:

オープンウォーターートレーニングダイブ3完了

アドベンチャーダイブ

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:

オープンウォーターートレーニングダイブ4完了

アドベンチャーダイブ

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:

オープンウォーターートレーニングダイブ5完了

アドベンチャーダイブ

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、SSI責任あるダイバーコードに従うことを再確認しました。

受講生署名 日付(日/月/年)

親/保護者の署名(該当する場合) 日付(日/月/年)

インストラクター名(楷書) 日付(日/月/年)

インストラクター署名 MySSI プロ番号: