



## 参加者声明

姓 \_\_\_\_\_ ミドルネーム \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

E-mail アドレス \_\_\_\_\_

生年月日(日/月/年) \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 参加日(日/月/年) \_\_\_\_\_

以下の文章をよく読み、署名する前に全ての空欄を埋めてください。

病歴診断書を含むこの文章はアクティビティを安全に行う方法、シートレックを行うにあたり伴う危険や責任について知らせる告知書です。

この告知書を受け取って読んだことの証拠として、この告知書にあなたの署名が必要です。署名する前に、内容を必ず読んでください。

未成年者の場合には、親または保護者の署名も必要です。(病歴診断、アクティビティを安全に行う方法と、シートレックを行うにあたり伴う危険と責任についても同様です)

またアクティビティを行うにあたりインストラクターから大切な安全のための呼吸方法と耳抜きを学ぶことになります。

## 病歴アンケート

シートレックはエキサイティングなアクティビティです。アクティビティを安全に行うためには呼吸器系と循環器系が健康であること、またすべての体内空間に異常がなく、健康である必要があります。

冠状動脈性の心臓の疾患、現在カゼをひいていたり、うっ血、てんかん、重度の医学的なトラブル、アルコールや薬物依存の傾向などがある人は、シートレックをすべきではありません。

また、ぜんそく、心臓の疾患、その他の慢性的な病状がある人、現在定期的に投薬を受けている人は、プログラムに参加する前に医師そしてインストラクターに相談してください。

この質問表は、シートレックに参加される前に、医師の診断を受けるべきかを判断するためのものです。

あなたが以下の質問にYesと答えたからといって、シートレックをする資格がないことを意味するわけではありません。

あなたのシートレック時の安全性を阻害させる条件を判断させ、シートレックに参加する前に医師からのアドバイスを必要とすることを意味します。

あなたの過去と現在の健康状態に関して、以下の質問にYesまたはNoで答えてください。回答が不明の場合は、安全を期してYesと答えてください。

- 最近耳の病気を起こした、または起こしている。
- 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、またはなったことがある。
- 耳またはサイナスの手術を受けたことがある。
- 最近カゼ、副鼻腔炎、または気管支炎にかかった。
- 過去または現在呼吸器の問題、または花粉症、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。  
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。
- 気胸(または人口気胸)がある、またはなったことがある。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。
- 現在、または過去に喘息、肺気腫、結核を患っている、または患ったことがある。
- 肉体的、精神的に副作用のある薬を飲んでます。
- 行動上の問題、または精神的、心理的な問題がある、またはなったことがある。(不安発作、閉所恐怖症、広場恐怖症など)
- 現在妊娠をしている、もしくはその可能性がある。
- 大腸や回腸の人工肛門の手術を受けている。
- 心臓の病気、心臓発作になったことがある。心臓の手術、血管の手術を受けた事がある。
- 高血圧、狭心症になったことがある、または高血圧の薬を飲んでる。
- 45歳以上の方で、ご家族に心臓発作、心臓拍動の病歴がある。
- 出血やその他の血液障害を起こしたことがある。
- 糖尿病を患ったことがある。
- 過去に気絶、意識喪失、痙攣、癲癇などの症状を起こしたことがある。またはそれを抑えるための薬を飲んでる。
- 腰、腕、脚の外科手術、外傷、あるいは骨折のあとの後遺症がある。
- 閉所や広場でパニックに陥ったことがある。(閉所恐怖症、広場恐怖症)

## 安全潜水標準実施要項了解声明書

この声明書はシートレックを安全に行うために必要なことを知って頂く為のものです。  
安全にシートレックを行う為にこれらの習慣に従い、快適さと安全性を増して頂く為に作成されてます。

- ・潜水するときには私の耳とサイナスの空気内の圧力とを同じにさせる為(圧平衡)、約1メートルごとに鼻をつまんでゆっくりと息を送り込み耳抜きをします。
- ・もし耳やサイナスに不快感を感じた場合、それ以上潜行するのを止めインストラクターに知らせます。
- ・水中では、ゆっくりと大きく、息を止めないように呼吸します。絶対に呼吸を止めてはいけません。
- ・水中の生き物に触ったり、いじめたりしてはいけません。ケガをしたり、生き物にダメージを与えてしまうからです。

## リスクと責任の承認声明書

私(参加者) \_\_\_\_\_ は、シートレックが重い傷害や死亡に伴う危険を伴うことを承知していることをここに確認します。

私は安全実施要項を読んで理解し、全ての質問に正確に答えたことを断言し、重要性と目的を理解します。  
全てが私の安全と健康の為であることを認めます。

私は圧縮空気を使用するシートレックには寒栓症その他の高圧による傷害などの一定の危険が伴うことを理解します。  
私はそれを理解した上でこのプログラムに参加することを選択しました。

病歴/診断書で提供した情報は私の知る限りにおいて正確なものです。

私は現在又は過去の病状/病気の申告を怠ったことによる責任を負うことを同意します。

更に、私は自分が成年に達しており、この声明書に署名する法的責任能力を持つこと、あるいは親又は法的保護者の書面による同意を得てることを明言します。

私は、シートレックに参加した結果として、又は下記免責当事者を含む当事者の過失の結果として生じる消極的なものであれ積極的なものであれ、私と私の家族、財産、相続人または譲受人に対する傷害、死亡またはその他の損害についても予測可能あるいは否にかかわらず、会場となった施設、スコッティーズアクションスポーツネットワークまたそれらの関連会社や子会社の企業、それらのそれぞれの従業員、役員、代理人、契約者もしくは譲受人(以下総称して「免責当事者」と呼びます)の積極的あるいは消極的過失として、上記免責当事者への責任の一切を問わないことを承諾します。

私はこのリスクと責任の承認声明書を読み、私自身及び私の相続人を代表して本書に署名する前にその内容を十分承知してます。

参加署名 \_\_\_\_\_

参加者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
(日/月/年)

未成年の場合、保護者の署名(親権者あるいは後見人) \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
(日/月/年)

緊急連絡先

名前 \_\_\_\_\_ 関係性 \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_  
電話番号