

ダイビング公式問診票（必須）
ライセンス保持者用

フランス領ポリネシアの法律（n°2017-44）により、地域内でのスキューバダイビングには下記の公式問診票の記入が義務付けられています。該当の場合は医師の診断書（英文もしくは仏文）も持参のうえ、各ダイビングセンターにてご提示ください。

地域内ダイビング規則もご確認をお願いいたします

- ▶ 1日につき最大3ダイブまで、潜水時間はトータル6時間まで。
- ▶ 国内線搭乗12時間前、国際線搭乗24時間前はダイビング禁止。
- ▶ 8歳未満は参加出来ません。子供のみの参加には保護者の同意が必要です。
- ▶ 水深20m以上のダイビングをする場合、必ずご自身でダイブコンピューターをご用意ください。他の機材と違い、ダイブコンピューターの貸し出しは基本的にありません。
- ▶ ライセンスレベルによる最大水深
 - 最大20m Levels 1 CMAS / Openwater PADI SSI
 - 最大30m Advanced Openwater PADI SSI 以上
 - 最大40m Levels 2 CMAS 以上
 - 最大40m Advanced Openwater PADI SSI 以上でディープ・ダイバー・スペシャリティ保持者

ダイビング公式問診票にご記入ください

医師の診断を受けたことがある場合は、医師のスキューバダイビング活動に対する許可後、無い場合は過去12か月間の状況をお答えください

	YES はい **	NO いいえ *
1) has anyone in your family died of a heart attack or of an unknown reason? 家族の誰かが心臓発作もしくは原因不明の突然死で亡くなったことがありますか？		
2) have you experienced any chest pain, palpitations, unusual shortness of breath, or discomfort during or after a physical effort? 胸痛、動悸、過度な息切れがあったり、運動時や運動後に不快感がありますか？		
3) did you have any wheezing episode? 喘鳴（ゼーゼーと息が切れる呼吸）症状がありますか？		
4) have you experienced any loss of consciousness? 意識を失ったことがありますか？		
5) after the occurrence of a bone, joint, or muscle problem, do you retain any pain, lack of strength, or stiffness? 骨・関節・筋肉の障害後に、痛みやコリが続いたり体力低下がありますか？		
6) have you resumed scuba diving after an interruption of at least 4 weeks due to health reasons without consulting a doctor? 健康上の理由で4週間以上ダイビングを休止後、医師に相談なく再開したことがありますか？		
7) have you ever interrupted scuba diving due to medical reasons? 医学的な理由でダイビングを禁止されたことがありますか？		
8) did you have surgery? 外科手術を受けたことがありますか？		
9) are you presently taking prescription medication (with the exception of birth control)? 現在、医師による処方薬を飲んでいますか？（妊娠・避妊治療を除く）		
10) are you suffering of pre-existing medical conditions or medical problems which could present a contraindication to diving? ダイビングが禁止されるような病気の既往歴、または持病や症状がありますか？		
11) did you have any dive accident or decompression sickness? ダイビングでアクシデントに遭ったり減圧症になったことがありますか？		
12) did you have one or several sessions in a hyperbaric chamber due to a diving incident or accident? ダイビングが理由で高圧チャンバーでの治療を受けたことがありますか？		



姓 Last Name	
名 First Name	
生年月日 Date of Birth	
ライセンスレベル Certification Level	
ライセンス認定機関 (Padi, CMAS...)	
経験本数 Number of Dives	
最終ダイビング日 Date of Last Dive	
フィン (足) のサイズ Fins size	
BCD サイズ BCD size	
ウェットスーツサイズ Wet suit (shorty) size	
署名 Diver's Signature	

*** 全ての質問がいいえの場合**

タヒチでのスキューバダイビングが認められます。下記に署名のうえダイビングセンターへ提出してください。

上記 12 の問診にすべていいえと答え、私 (名前、ローマ字) _____ は
スキューバダイビングが出来るところに申告します

日付 _____ , 場所 (Tokyo 等) _____ 署名:

**** 1 つ以上の質問にはいと答えた場合**

医師の診断を受ける必要があります。スキューバダイビングを許可する医師の診断を下記に記入してもらってください。

医師の診断 PHYSICIAN'S OPINION

I find no medical conditions that I consider incompatible with diving.
ダイビングを拒否するべき医学的理由はありません

I am unable to recommend this individual for diving.
ダイビングは推奨できません

医師による備考・見解 PHYSICIAN'S REMARKS

医師名 PHYSICIAN'S NAME	日付 DATE
医師の署名と印 PHYSICIAN'S SIGNATURE & STAMP	連絡先 (メールまたは電話番号) CONTACT (EMAIL OR PHONE)

