

**TAHAHA DIVING CENTER      ダイバー情報**

氏名			Eメール：		
宿泊先	Le Tahaa	経験本数	本	ダイビング最終日 (月/西暦)：	
所属団体 (Padi/Nauai/SSI/Cmas)			ダイビングレベル：		
ダイビング後12時間内に飛行機に乗りますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
妊娠していますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
アスピリンのアレルギーはありますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	

ダイビング器具 (レンタルが必要な際はサイズを記入して下さい。)

Fフィン	Mマスク	Sウエットスーツ	BCジャケット	Rレギュレーター	他			
不必要	不必要	不必要	不必要	不必要				
必要	必要	必要	必要	必要				
サイズ:	サイズ:	サイズ:	サイズ:					
女性W	22cm/34	22.5cm/35	23cm/36	23.5cm/37	24cm/38	24.5cm/39	25cm/40	25.5cm/41
男性M	25cm/40	25.5cm/41	26cm/42	26.5cm/43	27cm/44	27.5cm/45	28cm/46	28.5cm/47

以下のダイビング公式問診に はい 又は いいえ でお答えください。  
 医師の診断を受けた事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 か月間の状況を答えて下さい。

1) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3) 喘鳴 (ゼーゼーと息が切れる呼吸) 症状がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4) 意識を失ったことがありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8) 外科手術を受けたことがありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9) 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)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12) 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？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

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もらってください。

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。

スキューバダイビング適性申告

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ことをここに申告いたします。

生年月日：	国籍：
署名日付：	署名場所：      署名：