

请仔细阅读后签名!

我瞭解水肺潜水是一項有危險的潜水活動，我自願參加這活動，深知可能会给自己带来的的傷害或死亡的危險，我接納這些可能發生的風險。

我瞭解通过簽署本文，我發布：若在水肺潜水的過程中，出現身體傷害、財產損失、意外死亡等任何意外，我將放棄索賠，不會追究 PADI JAPAN 國際潜水機構和 EURO-DIVERS JP CO. JP 馬爾代夫公司與他們的合作者、輔助者、加盟者、行政人員、主管、代理商和僱員的責任。

我進一步瞭解，呼吸壓縮空氣會導致某些風險而受傷，例如減壓病，需要在減壓艙中治療。我也進一步瞭解，潜水活動的地點會在開放海域中進行，從潛點出發抵達減壓艙需要一定時間和路程，即使如此，我仍然同意下潛。我親自特此假設所有風險與前述活動相關。考慮到任何害處、傷害或者損傷，由於我的参与也許降臨我，無論預知與否，我仍然希望继续进行水肺潜水活動，儘管可能因此而帶來危險。

參與情況說明

- 1)潜水者應對租用的裝備負責，如果有損壞遺失裝備，按價賠償給 EURO-DIVERS JP CO. JP。
- 2) 如果潜水或相關活動為 EURO-DIVERS JP CO. JP 取消，参与者可得有參與費的退款，但无其他款項賠償。
- 3) 參與者的最低年齡是 10 歲（8 歲可參加泡泡勇士活動），未滿 18 歲的未成年人，需要父母或監護人的同意書。
- 4) 參與者必須嚴格地按照 EURO-DIVERS JP CO. JP 職員的指示參與活動，按照執照等級、潜水方式、潜水計畫、最大深度和下潛時間等各種要求進行潜水。否則參與者的任何潜水活動、潜水訓練等相關的活動都被終止，並無法獲得退款。

避免不必要的壓力——安全潜水

以下情況可能會讓你在潜水過程中吸入更多的氮氣，改變用氣量，比如：

疲勞或是潜水期間的過度運動

失水，是由於運動前的腹瀉或是在正常情況下的運動過度(在熱帶島嶼的馬爾代夫每天至少要喝上 2.5-3 公升的水因為身體易流失水份)。

身體感覺很冷

年齡較長

身體虛弱(例如暈船) / 受傷(例如骨折)

酒精過量(潜水前一晚)

體重過重

長期服用藥物(包括墮胎藥或其它賀爾蒙)

如果您有任何以上症狀：a) 請不要隱瞞可諮詢我們的員工 b) 保守計畫潜水活動，

潜水時，要注意潜水電腦的免減壓極限停留時間。在任何深度，都請勿讓電腦表接近免減壓極限反內 5 分鐘。計劃多次重複潜水的活動，潜水深度應低於 20 米。緩慢上升，速度不要超過每分鐘 10 米。每次潜水結束，都要做 5 米 3 分鐘安全停留。

注意失水是在熱帶水域中出現潜水事故其中一個因素

醫療聲明和病例史

該健康調查表的目的是，幫助你了解和自我測試目前的身体状况是否适合于休闲水肺潜水。肯定的回答表明，你目前的身体状况可能会影响潜水的安全，潜水前，必须寻求医师的建议。

為了水肺潜水的安，你不能超重或偏离正常的身体状况。在某些情况下，潜水会是一项较费力的运动，你的呼吸系统和循环系统必须健康良好，所有的身体空腔必须正常并健康。有心脏病，正在感冒，血液疾病、癲癇、哮喘其它其它严重医疗问题，以及滥用酒精药品都应该潜水。如果有定期服用药物，在参与潜水活动前，咨询教练或者医师。

请根据你目前或过去的身体病史，用英文“YES”或“NO”回答下列问题。如果你不确定某个问题，请回答 YES。如果下列问题有肯定回答，我们会要求你在潜水前必须征询医生的建议。如果你没有携带任何表明身体状况适合潜水的医疗证明，只有有可能，也需要征求当地医生的许可。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 是否怀孕？ | <input type="checkbox"/> 长期定期服用药物？ |
| <input type="checkbox"/> 您有 45 岁以上并抽香烟或雪茄？ | <input type="checkbox"/> 目前是否感冒或者鼻塞 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘或者呼吸困難，运动时呼吸困難？ | <input type="checkbox"/> 曾有过背部、腿或胳膊问题，或者因伤害或骨折的做过手术？ |
| <input type="checkbox"/> 频繁花粉过敏症或其它特别过敏症状？ | <input type="checkbox"/> 无法从事温和活動（例如：跑階梯）？ |
| <input type="checkbox"/> 频繁感冒、有鼻炎或支氣管炎？ | <input type="checkbox"/> 高血压史或需有药物控制？ |
| <input type="checkbox"/> 任何形式的肺病？ | <input type="checkbox"/> 任何心脏疾病历史？ |
| <input type="checkbox"/> 气胸？ | <input type="checkbox"/> 曾有心脏病发作历史？ |
| <input type="checkbox"/> 曾做過胸腔手術？ | <input type="checkbox"/> 曾做过心绞痛或血管血栓手術？ |
| <input type="checkbox"/> 幽閉空间恐怖、开放空间恐怖症或者精神病问题？ | <input type="checkbox"/> 曾有过耳朵手术或鼻窦手术？ |
| <input type="checkbox"/> 癲癇、抽風或必须使用药物預防发生？ | <input type="checkbox"/> 曾有过耳朵疾病，听力丧失，或平衡方面的毛病？ |
| <input type="checkbox"/> 复发性偏头痛或必须使用药物預防发生？ | <input type="checkbox"/> 曾有过失血史或其他血液疾病？ |
| <input type="checkbox"/> 有过晕厥、昏倒的历史？ | <input type="checkbox"/> 曾有過潰瘍或潰瘍手術？ |
| <input type="checkbox"/> 有潜水事故或减压病的历史？ | <input type="checkbox"/> 曾有过肛门手术或有人工肛门？ |
| <input type="checkbox"/> 曾有背部手术？ | <input type="checkbox"/> 曾有滥用酒精和毒品历史？ |
| <input type="checkbox"/> 有复发性背部问题？ | <input type="checkbox"/> 其它行为健康問題？ |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病历史？ | |

我已讀完並充分了解有關這潜水是一項有危險的運動，並且通过簽署這個形式我放弃我有的法定權利。我據我所知提供了最準確的信息。

姓名(英文) _____ 簽名 _____ 日期 _____
姓名(英文) _____ 簽名 _____ (父母或監護人簽名，如果同意)