다이버 메디컬 (Diver Medical) | 참가자 질의서

레크레이셔널 스쿠버 다이빙 및 프리다이빙은 양호한 신체적 및 정신적 건강이 필요합니다. 다이빙을 할 때 위험할 수 있는 몇 가지 의학적 상태가 아래에 나열되어 있습니다. 해당 상태이거나 선행 요인이 있다면 반드시 의사의 검진을 받아야 합니다. 다이버 메디컬 참가자 질의서는 당신이 검진을 받아야 하는지의 여부를 결정하는 기초를 제공합니다. 만약 당신이 이 양식에 기재되어 있지 않은 다이빙 피트니스에 대한 다른 우려가 있다면, 다이빙을 하기 전에 의사와 상담하십시오. 만약 당신이 몸이 불편한 것을 느낀다면, 다이빙을 피하십시 오. 만약 당신이 전염병에 걸린 것으로 생각된다면, 다이빙 트레이닝 및/또는 다이빙 활동에 참가하지 않음으로써, 당신 자신과 다른 사람들을 보호하십시오. 이 양식에서 "다이빙"은 레크레이셔널 스쿠버 다이빙 및 프리다이빙 모두를 포함합니다. 이 양식은 주로 새로운 다이버들을 위한 첫 메디컬 스크리닝으로 디자인되었지만, 연속 교육을 받는 다이버들에게도 적합합니다. 당신 자신뿐만 아니라 당신과 함께 다이빙을 할 수 있는 다른 사람들의 안전을 위해, 모든 질문에 정직하게 답해 주십시오.

지시 사항 (Directions)

레크레이셔널 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙 코스의 사전 조건으로 이 질의서를 완성하시오.
여성을 위한 참고 사항: 만약 임신 중이거나 임신하려고 시도하는 중이라면 *다이빙하지 마시오.*

1	나는 정상적인 신체적 또는 정신적 활동에 영향을 미치는 폐, 호흡, 심장 및/또는 혈액에 문제를 가지고 있었습니다.	예 ☐ 박스 A로 가시오	아니오 ☐
2	나는 45세 이상입니다.	예 ☐ 박스 B로 가시오	아니오 ☐
3	나는 보통 정도의 운동을 수행 하기 힘듭니다. (예를 들어, 1.6 km를 14분에 걷기 또는 200 미터/야드를 쉬지 않고 수영하기), 또는 지난 12개월 이내에 피트니스 또는 건강 상의 이유로 정상적인 신체 활동에 참가할 수 없었습니다.	예 ☐	아니오 ☐
4	나는 눈, 귀, 또는 비도/부비동 문제를 가지고 있습니다.	예 ☐ 박스 C로 가시오	아니오 ☐
5	나는 지난 12 개월이내에 수술을 받았거나, 또는 과거 수술과 관련된 문제를 지속적으로 가지고 있습니다.	예 ☐	아니오 ☐
6	나는 의식 상실, 편두통, 발작, 뇌졸중, 심각한 머리 부상을 가졌거나, 또는 지속적인 신경학적 부상 또는 질환을 앓고 있습니다.	예 ☐ 박스 D로 가시오	아니오 ☐
7	나는 현재 심리적인 문제, 인격 장애, 공황 발작, 또는 약물이나 알코올 중독에 대한 치료를 받고 있습니다(또는 지난 5년 이내에 치료가 필요했습니다); 또는 학습 장애 또는 발달 장애 진단을 받았습니다.	예 ☐ 박스 E로 가시오	아니오 ☐
8	나는 등/허리 문제, 탈장, 궤양 또는 당뇨병을 가지고 있습니다.	예 ☐ 박스 F로 가시오	아니오 ☐
9	나는 최근 설사를 포함한 위장관 질환을 가지고 있습니다.	예 ☐ 박스 G로 가시오	아니오 ☐
10	나는 처방약을 복용하고 있습니다(경구 피임약 또는 메플로퀸(mefloquine)/라이암(Lariam) 이외의 항말라리아제 제외).	예 ☐	아니오 ☐

참가자 서명 (Participant Signature)

만약 당신이 위의 모든 10 가지의 질문에 '아니오" 라고 답을 했다면, 의학적 평가는 필요하지 않습니다. 아래 참가자 진술서를 읽고 서명하고 날짜를 기재하는 것으로 동의하시기 바랍니다.
참가자 진술서: 나는 모든 질문에 정직하게 답을 했으며, 부정확하게 답했을 수도 있는 질문으로 인해 발생하거나 현재 또는 과거의 건강 상태를 공개하지 않아서 발생하는 결과에 대한 책임을 진다는 것을 이해합니다.

참가자 서명 (또는 미성년자의 경우 부모/보호자의 서명이 필요함) _____ 날짜 (일/월/년) _____

참가자 이름 (인쇄체) _____ 생년월일 (일/월/년) _____

강사 이름 (인쇄체) _____ 센터/리조트 이름 _____

* **만약 당신이** 위의 3, 5, 10번 질문 **또는** 페이지 2의 질문에 하나라도 **예**로 답을 했다면, 위의 진술을 읽고 서명하고 날짜를 기재하는 것으로 동의하고 **이 양식 3페이지 모두(참가자 질의서 및 의사의 평가 양식)를 가지고 의사의** 의학적 평가를 받으시기 바랍니다. 다이빙 코스에 참가하기 위해 의사의 승인이 필요합니다.

© 2020

참가자 이름 **생년월일**

(인쇄체) 날짜 (일/월/년)

다이버 메디컬 (Diver Medical) | 참가자 질의서 계속 (Questionnaire Continued)

박스 A - 나는 현재 또는 과거에:		
흉부 수술, 심장 수술, 심장 판막 수술, 이식형 의료 기기 (예: 스텐트, 심박 조율기, 신경 자극기), 기흉(붕괴된 폐) 및/또는 만성 폐 질환.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12 개월 이내에 천식, 쌕쌕거림(wheezing), 심한 알레르기, 건초열 또는 울혈성 기도로 인한 신체 활동/운동 제한.	예 ☐ *	아니오 ☐
협심증, 운동유발성 흉통, 심부전, 침수성 폐부종, 심장 마비, 또는 뇌졸중과 같은 심장 문제 또는 질병, 또는 심장 질환에 관련된 약을 복용합니다.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내에 기침을 하거나 재발성 기관지염, 또는 폐 기종 진단을 받았습니다.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 30일 동안 폐, 호흡, 심장 및/또는 혈액에 영향을 미치는 신체적 또는 정신적 실행 능력을 손상시키는 증상.	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 B - 나는 45세 이상이며 또:		
현재 흡연하거나 또는 다른 방법으로 니코틴을 흡입합니다.	예 ☐ *	아니오 ☐
콜레스테롤 수치가 높습니다.	예 ☐ *	아니오 ☐
고혈압입니다.	예 ☐ *	아니오 ☐
내 혈족 중 50세 이전에 돌연사하거나 심장 질환 또는 뇌졸중으로 사망한 사람이 있습니다. 또는 나의 나이 50세 이전에심장 질환 가족력을 가졌습니다. (부정맥, 관상 동맥 질환, 심근 병증 포함)	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 C - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 6개월 이내에 부비동 수술.	예 ☐ *	아니오 ☐
귀 질환 또는 귀 수술, 청각 상실, 또는 균형 문제.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내 재발성 부비동염.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 3개월 이내 안과 수술.	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 D - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 5년 이내에 의식 상실을 동반한 머리 부상.	예 ☐ *	아니오 ☐
지속적인 신경학적 부상 또는 질병.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내 재발성 편두통, 또는 이를 예방하기 위한 약물 복용.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 5년 이내에 블랙아웃 또는 실신(전체/부분적 의식 상실).	예 ☐ *	아니오 ☐
간질, 발작 또는 경련, 또는 이를 예방하기 위한 약물 복용.	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 E - 나는 현재 또는 과거에:		
약물/심리 치료가필요한 행동 건강, 정신적 또는 심리적 문제.	예 ☐ *	아니오 ☐
약물/ 심리 치료가 필요한 주요 우울증, 자살 관념, 공황 발작, 조절되지 않는 양극성 성격 장애.	예 ☐ *	아니오 ☐
지속적인 치료 또는 특별 수용이 필요한 정신 건강 상태 또는 학습/발달 장애 진단을 받았음.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 5년 이내에 치료가 필요한 약물 또는 알코올 중독.	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 F - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 6개월 동안 재발성 등/허리 질환으로 일상 활동의 제한.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내에 등/허리/척추 수술.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내에 약물 또는 식이 조절형 당뇨병, 또는 임신성 당뇨병.	예 ☐ *	아니오 ☐
신체적 활동을 제한하는 교정되지 않은 탈장.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 6개월 이내에 활동성 또는 치료받지 않은 궤양, 상처 문제, 또는 궤양 수술을 받았음.	예 ☐ *	아니오 ☐

박스 G - 나는 과거에:		
누설치술(Ostomy: 대소변을 받아내기 위해 신체 외부에 백을 설치하는 수술)을 받았고 수영 또는 신체적 활동을 위해 의학적 승인을 받지 않았음.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 7일 이내에 병원 치료가 필요한 탈수증.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 6개월 이내에 활동성 또는 치료받지 않은 위 또는 장 궤양 또는 궤양 수술.	예 ☐ *	아니오 ☐
빈번한 속쓰림, 위산 역류, 또는 위 식도 역류 질환(gastroesophageal reflux disease (GERD)).	예 ☐ *	아니오 ☐
활동성 또는 난치성의 궤양성 대장염 또는 크론병.	예 ☐ *	아니오 ☐
지난 12개월 이내 비만 수술.	예 ☐ *	아니오 ☐

*의사의 의학적 평가가 필수임 (페이지 1을 참고하시오).

다이버 메디컬 (Diver Medical) | 의사의 평가 양식 (Medical Examiner's Evaluation Form)

참가자 이름 **생년월일**

(인쇄체) 날짜 (일/월/년)

위의 사람이 레크레이셔널 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙 트레이닝 또는 활동에 참가하기 위해, 의학적 적합성에 대해 의사인 귀하의 고견을 요청 드립니다. 다이빙과 관련된 의학적 상태에 대한 가이드, uhms.org 를 방문하시길 부탁 드립니다. 평가의 일부로써 환자와관련된 영역을 참고하시기 바랍니다.

평가 결과

☐ 승인됨 - 레크레이셔널 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙에 부적합하다고 판단되는 소견은 없습니다.

☐ 승인되지 않음 - 레크레이셔널 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙에 부적합하다고 판단되는 소견이 있습니다.

인증된 의사 또는 기타 법적으로 인증된 의료 제공자의 서명 날짜 (일/월/년)

검진한 의사의 이름이름

임상 학위/등급

클리닉/병원

주소

전화 **이메일**

의사/클리닉 스탬프 (선택 사항)

제작: 다이버 메디컬 스크린 위원회

제작 협력:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego