



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 피하십시오. 만약 당신이 전염병에 걸린 것으로 생각된다면, 다이빙 트레이닝 및/또는 다이빙 활동에 참가하지 않는 것으로써, 당신 스스로와 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 답 해 주십시오.

지시 (Directions)

레크레이셔널 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙 코스의 사전 조건으로 이 질의서를 완성하십시오.

여성에만 해당: 만약 당신이 임신 중이거나, 또는 임신을 계획한다면, *다이빙을 하지 마시오.*

1. 나는 정상적인 신체적 또는 정신적 실행에 영향을 미치는 폐, 호흡, 심장 및/또는 혈액에 문제가 있습니다/있었습니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 A로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
2. 나는 45세 이상입니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 B로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
4. 나는 눈, 귀, 또는 비도/부비동 문제를 가지고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 C로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
5. 나는 지난 12 개월 이내에 수술을 받았거나, 또는 과거 수술과 관련된 문제를 지속적으로 가지고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
6. 나는 의식 상실, 편두통, 발작, 뇌졸중, 심각한 머리 부상을 가졌거나, 또는 지속적인 신경학적 부상 또는 질환을 앓고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 D로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
7. 나는 현재 심리적 문제, 인격 장애, 공황 발작, 또는 약물이나 알코올 중독에 대한 치료를 받고 있습니다 쿠또는 지난 적년 이내에 치료가 필요했습니다.버합 또는, 학습 장애 또는 발달 장애 진단을 받았습디다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 E로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
8. 나는 등/허리 문제, 탈장, 궤양 또는 당뇨병을 가지고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 F로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
9. 나는 최근 설사를 포함한 위장관 질환을 가지고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> 박스 G로 가시오	아니오 <input type="checkbox"/>
10. 나는 처방약 (피임약이나 mefloquine/Lariam 이외의 항말라리아제를 제외)을 복용하고 있습니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>

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,미성년자는 부모, 보호자의 서명이 필요함)	날짜 (일/월/년)
_____	_____
참가자 이름 (인쇄체)	생년월일(일/월/년)
_____	_____
강사이름(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.

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 p 스텐트, 심박 조율기, 신경 자극기), 또는 기흉 (폐 붕괴) 및 V 또는 만성 폐 질환.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12 개월 이내에 천식, 쌉쌉거림(wheezing), 심한 알레르기, 건조열 또는 울혈성 기도로 인한 신체 활동/운동 제한.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
협심증, 운동유발성 흉통, 심부전, 침수성 폐부종, 심장 마비, 또는 뇌졸중과 같은 심장 문제 또는 질병, 또는 심장 질환에 관련된 약을 복용합니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내에 기침을 하거나 재발성 기관지염, 또는 폐 기종 진단을 받았습니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 30일 동안 폐, 호흡, 심장 및/또는 혈액에 영향을 미치는 신체적 또는 정신적 실행 능력을 손상시키는 증상.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 B - 나는 45 세 이상이며 또:		
현재 흡연하거나 또는 다른 방법으로 니코틴을 흡입합니다. .	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
콜레스테롤 수치가 높습니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
고혈압입니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
내 혈족 중 50세 이전에 돌연사하거나 심장질환 또는 뇌졸중으로 사망한 사람이 있습니다. 또는 나의 나이 50세 이전에 심장 질환 가족력을 가졌습니다. (부정맥, 관상동맥질환, 심근병증 포함)	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 C - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 6개월 이내에 부비동 수술.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
귀 질환 또는 귀 수술, 청각 상실, 또는 균형 문제.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내 재발성 부비동염.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 3개월 이내 안과 수술.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 D - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 5년 이내에 의식 상실을 동반한 머리 부상.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지속적인 신경학적 부상 또는 질병	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내 재발성 편두통, 또는 이를 예방하기 위한 약물 복용.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 5년 이내에 블랙아웃 또는 실신 (전체/부분적 의식 상실).	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
간질, 발작, 또는 경련, 또는 이를 예방하기 위한 약물 복용.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 E - 나는 현재 또는 과거에:		
약물/심리치료가 필요한 행동 건강, 정신적 또는 심리적 문제	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
약물/심리치료가 필요한 주요 우울증, 자살 관념, 공황 발작, 조절되지 않는 양극성 성격장애.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지속적인 치료 또는 특별 수용이 필요한 정신 건강 상태 또는 학습V발달 장애로 진단받았습니다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 5년 이내에 치료가 필요한 약물 또는 알코올 중독.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 F - 나는 현재 또는 과거에:		
지난 6개월 동안 재발성 등/허리 질환으로 일상활동의 제한.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내에 등/허리/척추 수술.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내에, 약물- 또는 식이-조절형 당뇨병, 또는 임신성 당뇨병.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
신체적 활동을 제한하는 교정되지 않은 탈장.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 6개월 이내에, 활동성 또는 치료받지 않은 궤양, 상처 문제, 또는 궤양 수술을 받았음.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
박스 G - 나는 과거에:		
누설치출 (Ostomy: 대 소변을 받아내기 위해 신체 외부에 백을 설치하는 수술)을 받았고 수영 또는 신체적 활동을 위해 의학적 승인을 받지 않았음.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 7일 이내에 병원 치료가 필요한 탈수증.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 6개월 이내에 활동성 또는 치료받지 않은 위 또는 장 궤양 또는 궤양 수술.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
빈번한 속쓰림, 위산 역류, 또는 위식도 역류 질환 (gastroesophageal reflux disease (GERD)).	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
활동성 또는 난치성의 궤양성 대장염 또는 크론병	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 12개월 이내 비만 수술.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>

*의사의 의학적 평가가 필수임 (페이지 1을 참고하십시오).

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

참가자 이름 _____ 생년월일 _____
(인쇄체) 날짜 (일/월/년)

위의 사람이 레크리에이션 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 부탁드립니다. 평가의 일부로써 환자와 관련된 영역을 참고하시기 바랍니다.

평가 결과

- 승인됨 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙에 부적합하다고 판단되는 소견은 없습니다.
- 승인되지 않음 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙에 부적합하다고 판단되는 소견이 있습니다.

인증된 의사 또는 기타 법적으로 인증된 의료 제공자의 서명

날짜 (일/월/년)

검시관설의사의 이름 _____

임상 학위/등급 _____

클리닉/병원 _____

주소 _____

전화 _____ 이메일 _____

의사/클리닉 스탬프 (선택 사항)

© DMSC 2020

10346

제작: [다이버 메디컬 스크린 위원회](#)

제작협력

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

© DMSC 2020

3 of 3

10346 KOR