

사인을 하기 전에 주의 깊게 읽으시오.

참가자의 이름 _____ 날짜 _____ (일/월/년도)

생년월일 _____ (일/월/년도) 성별 남 여

프리다이빙은 힘든 활동이며 또 과로될 수 있으므로 이 활동에 참가하기 위해 당신은 건강해야 합니다. 만약 당신이 프리다이빙을 하기 위해 건강이 양호하지 아닌지의 질문이 있다면 당신의 의사에게 조언을 구하도록 하세요.

이 건강 내력 질문서의 목적은 당신이 프리다이빙 활동에 참여하기 전에 의사의 진찰을 받아야 할 것인지를 알기 위한 것입니다. 질문에 대한 양성적인 대답이 당신을 다이빙에 참가할 자격이 없다고 하지는 않을 것입니다. 양성적인 대답은 이미 존재하는 당신의 건강 상태가 프리다이빙 중에 당신의 안전에 영향을 줄 수 있으므로 당신은 반드시 의사의 조언을 구해야만 합니다.

당신의 과거 혹은 현재의 건강 내력에 대한 다음의 질문에 “예” 또는 “아니오”로 대답하십시오. 만약 당신이 확실하지 않다면 “예”로 답하십시오. 만약 이 질문 중에 어느 것이라도 해당된다면 당신은 프리다이빙에 참여하기 전에 반드시 의사의 진찰을 받아야만 합니다.

_____ 당신은 간질, 발작장애, 뇌졸중, 뇌 수술, 블랙 아웃, 심한 편두통, 현기증, 현기증 에피소드, 큰 머리 부상 또는 뇌 혈관 동맥류의 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 심장 마비, 심장 수술, 불규칙한 심장 박동, 조절되지 않는 고혈압 (고혈압), 심장 잡음, 알려진 난원 개존증 (PFO), 수영 또는 다이빙과 관련된 급성 폐 부종 또는 과로한 운동 중에 호흡 곤란 또는 가슴 통증을 앓은 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 자연적인 기흉, 부상으로 인한 기흉, 낭종, 폐에 갇힌 공기, 폐 조직의 심각한 부상, 폐 기종, 또는 호흡할 수 있는 능력을 방해하는 폐 문제 등의 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 고막에 영구적인 구멍이 있거나 파열된 고막, 고막에 영구적인 튜브, 심각한 청각 장애 또는 한쪽 귀 또는 양쪽 귀의 청각 손실, 항공기 착륙 중에 재발하는 귀의 통증, 중이염, 심각한 서피의 증상, 또는 귀의 큰 수술 등의 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 부비동 폴립, 종양, 비강이나 주요 부비동 수술, 또는 영구적인 부비동 감염의 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 천식 또는 천식 공격의 역사를 가지고 있나요? 운동, 불안, 감기, 과로로 인한 천명 등의 역사. 천명을 통제하기 위해 약물 사용 및/또는 흡입기 사용이 필요한 상황은?

_____ 당뇨병의 역사가 있나요?

_____ 당신은 현재 임신이거나 또는 임신을 계획하고 있나요?

_____ 당신은 다이빙 사고, 감압 병, 귀에 압력 부상 (압력 손상) 또는 하강 중에 귀의 압력 평형의 어려움, 또는 공기 색전증의 역사를 가지고 있나요?

_____ 당신은 정기적으로 의사에 의해 처방을 받았거나 또는 약국의 카운터에서 받은 약물 복용을 하나요 (피임약 또는 항 말라리아는 제외)?

_____ 당신은 수중에 있는 것에 대해 우려가 되는 것에 대해 언급 하지 않았거나 또는 당신의 물리적 또는 감정적인 스트레스 아래서 당신의 판단력에 영향을 줄 수 있는 물리적 및/또는 감정적인 조건을 가지고 있나요?

내가 제공한 나의 건강 내력에 대한 정보는 내가 알고있는 것으로는 가장 정확합니다.

현재 또는 과거의 건강 상황을 알리지 않았을 때는 나의 실수임에 대해 책임진다는 것을 동의합니다.

참가자의 서명 _____ 날짜 _____ (일/월/년도)

부모/보호자의 서명 _____
(적용된다면)

날짜 _____ (일/월/년도)

의사의 사용만을 위해

프리다이빙을 위해 신청자의 건강 양호 상태에 대한 귀하의 소견이 필수입니다

나는 이 개인에게서 프리다이빙에 맞지 않은 의학적 조건을 찾지 못했습니다.

나는 이 개인이 프리다이빙 하는 것을 권장할 수 없습니다.

의사이름 _____

의사의 서명 _____

날짜 _____ (일/월/년도)

전화번호 _____

클리닉/병원 _____

STAMP