



건강 진술서 참가자의 기록 (기밀 사항)



서명하기 전에 주의깊게 읽으시오. 서명하기 전에 주의깊게 읽으시오.

이 진술서는 스쿠버 트레이닝 프로그램 중에 스쿠버 다이빙과 또 당신이 해야 할 행동에 관련된 일부 위험에 대해 당신에게 알리는 것입니다. 스쿠버 트레이닝 프로그램에 참석하기 위해서는이 진술서에 당신의 서명이 요구됩니다. 추가적으로, 만약 당신의 스쿠버 프로그램 중에 당신의 건강 상태에 변경이 있다면, 당신의 강사에게 즉시 알리는 것이 아주 중요합니다.

이 진술서를 서명하기 전에 읽어야 합니다. 스쿠버 트레이닝 프로그램에 등록하기 위해 당신은 병력이 포함된 이 건강 진술서를 완료해야만 합니다. 미 성년자는 부모나 보호자의 서명을 받아야 합니다. 다이빙은 아주 재미있고 활기찬 활동입니다. 기술을 올바르게 시행하고 정확하게 적용한다면 다이빙은 비교적 안전합니다. 그러나 정해진 안전 수칙 절차를 지켜지 않을 경우 위험성이 증가됩니다.

안전한 다이빙을 위해서는 과격한 비만으로 체중초과이지 말 것이며 혹은 나쁜 건강

상태여서도 안됩니다. 다이빙은 어떤 경우에 따라 힘이 들 수도 있습니다. 당신의 호흡기와 순환기도 양호한 상태여야 합니다. 신체의 모든 공기 공간도 정상이며 건강해야 합니다. 심장질환, 최근의 감기나 비충혈, 간질, 심한 건강 문제 혹은 술이나 약물복용 상태이면 다이빙을 하지말 것입니다. 당신이 천식, 심장병, 혹은 만성질환 상태이거나 혹은 규칙적으로 약물복용을 한다면 이 프로그램에 참여하기 전에 또 이 코스완료 이후에도 규칙적으로 강사와 의사에게 상의해야 합니다. 또한 당신은 스쿠버 다이빙 중에 호흡과 압력 평형에 관한 아주 중요한 안전 규칙을 강사님께서 배울 것입니다. 스쿠버 장비를 올바르게 사용하지 않을 경우는 아주 심각한 상해를 입을 수 있습니다. 당신은 자격있는 강사의 직접 감독 아래 스쿠버 장비를 안전하게 사용하는 법을 철저히 교육을 받아야만 합니다.

만약 당신이 이 건강 진술서에 혹은 건강 내력의 질의서에 질문이 있으면 서명하기 전에 강사님과 함께 검토해야 합니다.

다이버의 건강 내력 질의서

참가자에게:

이 건강 내력 질의서의 목적은 여러분이 레크리에이션 다이빙 교육에 참여하기 전에 의사의 진찰을 받아야 할 것인지를 알기 위한 것입니다. 질문에 대한 긍정적인 대답이 당신을 스쿠버 다이빙에 참가할 자격이 없다고 하지는 않습니다. 양성적인 대답은 이미 존재하는 당신의 건강 상태가 다이빙 중에 영향을 줄 수 있으므로 다이빙활동을 시작하기 전에 반드시 의사의 충고를 받아야 합니다.

당신의 과거 혹은 현재의 건강 내력에 예 혹은 아니요 라고 다음의 질문에 대답하십시오. 만약 당신이 확실하지 않거던 아니요 라고 대답하십시오. 만약 이 중에 어느 것이라도 적용된다면 당신은 스쿠버 다이빙을 시작하기 전에 의사의 진찰을 받을 것을 요구해야 합니다. 당신의 강사님은 스쿠버 다이빙 용 건강 진술서와 또 의사에게 가지고 갈 레크리에이션용 스쿠버 다이버 신체 검사 가이드라인을 제공할 것입니다.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 임신의 가망성이 있거나 임신을 계획 중 입니까? | <input type="checkbox"/> 행동적인 건강, 정신적 혹은 심리적인 문제 (공포 발작, 좁은혹은 넓은 공간에 대한 공포)? | <input type="checkbox"/> 수술, 골절, 외상 후에 따르는 등, 팔, 다리의 문제점? |
| <input type="checkbox"/> 현재 처방된 약을 복용 중입니까? (피임약과 말라리아 예방약 제외) | <input type="checkbox"/> 간질, 발작, 경련, 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용? | <input type="checkbox"/> 고혈압 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용? |
| <input type="checkbox"/> 45 세 이상 이며 다음에 하나 이상의 대답을 합니까?
• 현재 담배, 파이프 혹은 씨가를 피운다.
• 현재 치료를 받고 있다
• 혈중 콜레스테롤치가 높다.
• 고혈압이다.
• 가족의 내력 중 심장 마비나 중풍의 역사가 있다.
• 당뇨병이다, 식사만으로 조절한다 하더라도 | <input type="checkbox"/> 재발하는 심한 편두통 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용? | <input type="checkbox"/> 심장 질환? |
| 예전에 혹은 현재 앓고 있는... | <input type="checkbox"/> 잠간의 졸도 혹은 기절 (완전히/부분적으로 의식 불명)? | <input type="checkbox"/> 심장 마비? |
| <input type="checkbox"/> 천식 혹은 호흡 때 혹은 운동 때 호흡 곤란? | <input type="checkbox"/> 빈번한 혹은 심한 멀미 (반 멀미, 자동차 멀미 등등)? | <input type="checkbox"/> 협심증, 심장 수술 혹은 혈관 수술? |
| <input type="checkbox"/> 빈번히 혹은 심한 고초 열/알레르기? | <input type="checkbox"/> 이질 혹은 치료가 요구되는 탈수증? | <input type="checkbox"/> 부비동 수술? |
| <input type="checkbox"/> 빈번한 감기, 부비동염, 혹은 기관지염? | <input type="checkbox"/> 어떤 다이빙 사고나 감압병? | <input type="checkbox"/> 귀 질환 혹은 수술, 청각 상실 혹은 몸 평형유지에 문제? |
| <input type="checkbox"/> 어떤 형이던지 폐 질환? | <input type="checkbox"/> 보통 정도의 운동 실행이 불가능 (예:1.6km/1마일을 12 분내에 걷기)? | <input type="checkbox"/> 재발되는 귀 질환? |
| <input type="checkbox"/> 기흉 (압착된 허파)? | <input type="checkbox"/> 지난 5년 동안 의식 불명된 머리 상해? | <input type="checkbox"/> 출혈 혹은 다른 혈관질환? |
| <input type="checkbox"/> 다른 흉부 질환이나 흉부 수술? | <input type="checkbox"/> 재발하는 등 (허리)문제점? | <input type="checkbox"/> 탈장? |
| | <input type="checkbox"/> 등 혹은 척추수술? | <input type="checkbox"/> 위 궤양 혹은 궤양 수술? |
| | <input type="checkbox"/> 당뇨병? | <input type="checkbox"/> 대장 수술 혹은 소장 수술? |
| | | <input type="checkbox"/> 지난 5년 동안 마약사용 혹은 그것에 대한 치료 혹은 알코올 중독? |

내가 진술한 나의 건강 내력에 대한 정보는 내가 알고 있는 바로는 정확함을 서약합니다. 스쿠버 프로그램에 내가 참가하는 중 언제라도 나의 건강 내력에 일부와 전체 변경에 대해 내 강사에게 알려야 함이 내 책임임을 확인합니다. 나는 지금 현존하거나 또는 과거의 건강 상태 또는 이에 어떤 변경 상태에 대해 알리지 않았을 때의 발각은 나의 실수임으로 이에 대한 책임을 인정함을 동의합니다.

_____	_____
참가자의 서명	날자(일/월/년)
_____	_____
부모 혹은 보호자의서명 (적용된다면)	날자(일/월/년)

학생

읽을 수 있게 인쇄체로 쓰시오

이름 (이름/성) _____ 생년월일 (일/월/년) _____ 나이(만) _____ 세

주소 _____

시/군/읍/면 _____ 도 _____

나라 _____ 우편 번호 _____

주택 전화 () _____ 직장 전화 () _____

이메일 주소 _____ 팩스 _____

당신의 주치 의사의 이름과 주소

의사 이름 _____ 진단소/병원 _____

주소 _____

마지막 신체검사 날짜 _____

검사 의사 이름 _____ 의원/병원 _____

주소 _____

전화 () _____ 이메일 주소 _____

당신은 다이빙을 위한 신체검사를 필요로 한적이 있습니까? 예 아니오 그렇다면 언제? _____

의사

이 사람은 현재 스쿠버 다이빙 활동을 할 자격이 있거나 훈련을 받기 위해 신청할 예정입니다. 스쿠버 다이빙을 위한 신청자의 양호한 건강 상태에 대한 의사 선생님의 의견을 요청합니다. 가이드 라인을 선생님의 정보와 참고를 위해 첨부되어 있습니다.

의사의 소견

나는 이 개인에게서 다이빙에 부적당하다고 고려되는 건강상태를 발견하지 못했습니다.

나는 이 개인에게 다이빙을 권할 수 없습니다.

소견 사항

의사 혹은 의사의 법적 대리의 서명 _____ 날자 _____

의사 이름 _____ 의원/병원 _____

주소 _____

전화 () _____ 이메일 주소 _____