



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

<b>박스 A - 나는 현재 또는 과거에:</b>		
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"/>
<b>박스 B - 나는 45 세 이상이며 또:</b>		
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"/>
<b>박스 C - 나는 현재 또는 과거에:</b>		
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"/>
<b>박스 D - 나는 현재 또는 과거에:</b>		
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"/>
<b>박스 E - 나는 현재 또는 과거에:</b>		
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"/>
<b>박스 F - 나는 현재 또는 과거에:</b>		
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"/>
<b>박스 G - 나는 과거에:</b>		
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](http://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