

潛水員醫療健康 | 參加者問卷

休閒水肺潛水和自由潛水都需要良好的身心健康。下面表格中列出的醫療健康狀況在潛水時可能會帶來危險和傷害，對於已經存在或可能存在這些醫療健康狀況的人，應該由醫生進行醫療評估檢查。本潛水員醫療健康參加者問卷包括最基本的資訊以協助判斷你是否需要就醫進行醫療評估檢查。如果關於你的潛水健康狀況你有疑慮但未在本問卷中提及，請在潛水前諮詢你的醫生。如果你感覺生病了，不要潛水。如果你認為你可能患有傳染性疾病，為了保護你自己和他人不要參加任何潛水培訓或潛水活動。本表格中提到的“潛水”包括休閒水肺潛水和自由潛水。本表格主要的設計目的是給新潛水員進行初始的醫療檢查，但是也同樣適用於潛水員進行進階教育培訓。為了你和其他同你一起潛水的人的安全，務必如實回答以下所有問題。

說明指引

完成本問卷是參加休閒水肺潛水活動和自由潛水活動的先決條件。女性請注意：

如果你已經懷孕，或計畫懷孕中，請不要潛水。

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. 我的肺部/呼吸系統、心臟、血液存在問題，或我被確診感染過新冠病毒(COVID-19)。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 A | 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 我已經超過45歲。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 B | 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 我完成中等強度運動很吃力（比如連續在14分鐘內步行1.6公里/1英里或游泳200公尺/碼）或我在過去12個月內因為身體狀況或健康原因不能參加普通的體能活動。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 我的眼睛、耳朵、或鼻腔/鼻竇存在問題。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 C | 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 我在過去12個月做過手術，既往手術給我留下了持續存在的後遺症。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 我曾有過意識喪失、偏頭痛、癲癇、中風、嚴重頭部損傷，或患有持續性的神經損傷或疾病。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 D | 否 <input type="checkbox"/> |
| 7. 由於心理問題，人格障礙，恐慌發作，或毒品和酒精成癮，我現在正在接受治療（或在過去5年內因為上述問題接受過治療）；或我被確診有學習障礙。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 E | 否 <input type="checkbox"/> |
| 8. 我有背部健康問題、疝氣、潰瘍或糖尿病。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 F | 否 <input type="checkbox"/> |
| 9. 我有胃腸問題，包括最近的腹瀉。 | 是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 G | 否 <input type="checkbox"/> |
| 10. 我正在服用處方藥（不包含避孕藥或除甲氫喹以外的抗瘧疾藥物） | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

參加者簽名

如果對於以上10個問題的回答都是“否”，則不需要進行醫療評估檢查。請你閱讀以下的參加者聲明，並簽字和填寫日期，以表示你同意。

參加者聲明：我如實地回答了所有問題，並確認我願意承擔因我回答問題不準確或沒有公開披露任何我現有或過去的健康狀況而導致的任何後果。

參加者簽名（如果未成年，須由參加者家長/監護人簽名）

日期（日/月/年）

參加者姓名（正楷）

生日（日/月/年）

教練姓名（正楷）

機構名稱（正楷）

* 對於問題3、5或10，如果你的回答為是或第二頁的任何問題回答為是，請閱讀以上的參加者聲明，並簽字和填寫日期以表示你已同意然後攜帶本問卷的所有三頁（包括參加者問卷和醫生評估表）去見你的醫生進行醫療評估檢查。參加潛水課程必須要有醫生的書面同意。

潛水員醫療健康 | 參加者問卷續

欄目 A - 我有/我有過：

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| 胸部手術，心臟手術，心臟瓣膜手術，心臟支架手術或氣胸（肺塌陷）。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 哮喘，哮喘，嚴重過敏，花粉症或呼吸道阻塞有在最近的12個月內且限制了我的身體活動/鍛煉。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 存在心臟有關問題或疾病，例如：心絞痛，勞累性胸痛，心力衰竭，浸入性肺水腫，心臟病發作或中風。或者因任意心臟疾病正在服用藥物。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在最近的12個月內有復發性支氣管炎和持續咳嗽症狀，或被診斷患有肺氣腫。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 被確診感染新冠病毒(COVID-19)。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 B - 我已超過45歲並且：

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| 我目前有吸煙或者通過其方式吸入尼古丁。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 我的膽固醇水平高。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 我有高血壓。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 我有一個直系血緣親戚50歲之前突然死於心臟病或中風，或在50歲之前我的家族有心臟病史（包括心律失常，冠心病或原發性心肌病）。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 C - 我有/我有過：

| | | |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 在最近6個月內接受過鼻竇手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 耳部疾病或耳朵手術、聽力喪失、或身體平衡問題。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在最近的12個月內曾患有復發性鼻竇炎。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在最近的3個月內接受過眼部手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 D - 我有/我有過：

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 在過去5年內曾因頭部受傷而出現過意識喪失。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 持續性神經損傷或疾病 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去12個月內，曾患復發性偏頭痛或服用藥物預防復發性偏頭痛發生。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去的5年內發生過昏倒或暈厥（造成完全/部分意識喪失）。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 癲癇症、癲癇發作、或抽搐、或通過服用藥物預防上述疾病或症狀發生。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 E - 我有/我有過：

| | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| 因行為健康、精神健康、或者心理問題需要進行醫學/精神病學治療。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 重度抑鬱症、自殺傾向、恐慌發作、不受控制的躁鬱症需要進行醫學/精神病學治療。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 被診斷患有精神疾病或學習/發育障礙需要接受持續的治療。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去5年內因毒品或酒精成癮接受過治療。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 F - 我有/我有過：

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 在過去6個月內曾因復發性背部問題限制了我的每日活動。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去12個月內接受過背部或脊柱手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去12個月內患有需要藥物控制或飲食控制的糖尿病，或妊娠糖尿病。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 未治癒的疝氣限制了我的身體活動。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去6個月內有過活躍或未治療的潰瘍、有問題的潰瘍傷口、或潰瘍手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

欄目 G - 我有過：

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 造瘻手術且沒有得到允許進行游泳或其他身體活動的醫學許可。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去7天內有過需要醫學治療的脫水症狀。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去6個月內有過活躍的或未治療的腸胃潰瘍、或潰瘍手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 經常的燒心、反流、或胃食管反流症狀(GERD)。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 活躍的或無法控制的潰瘍性結腸炎或克羅恩(Crohn)病 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |
| 在過去12個月內接受過肥胖症治療手術。 | 是 <input type="checkbox"/> * | 否 <input type="checkbox"/> |

潛水員醫療健康 | 醫生評估檢查表

參加者姓名 _____ 生日 _____
(正楷) 日期 (日/月/年)

以上姓名的人士要求你提供有關是否適合其參加休閒水肺潛水或自由潛水訓練或活動的醫學意見。請訪問 uhms.org 以獲取與潛水有關的醫學狀況的醫學指導，在評估過程中查閱與你的病患有關的部分。

評估檢查結果

- 批准 - 我並未發現任何不適合休閒水肺潛水或自由潛水的症狀。
- 未批准 - 我發現不適合潛水的症狀，我不建議此人參加休閒水肺潛水或自由潛水。

醫師簽名 日期 (日/月/年)

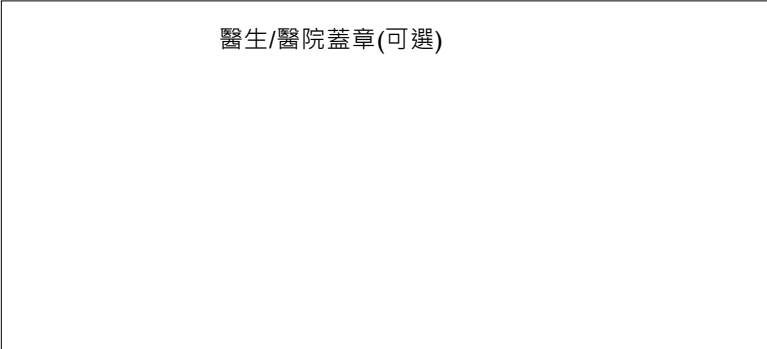
醫師姓名 _____ 專業 _____
(正楷)

診所/醫院 _____

地址 _____

電話 _____ 電子郵件 _____

醫生/醫院蓋章(可選)



由 [Diver Medical Screen Committee](#) 主要開發以及以下單位協同開發：

The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego