

# MEDICAL STATEMENT(건강 진술서)

참여자 기록 (기밀 정보)

## 서명하기 전에 주의깊게 읽으세요.

이 진술서는 다이빙 교육 프로그램 중에 스쿠버 다이빙에 일어날 수 있는 여러 잠재적인 위험을 알리는 것입니다. 당신이

강사 \_\_\_\_\_와  
강사 이름 \_\_\_\_\_에 위치한 교육센터  
이름 \_\_\_\_\_

도시/나라 \_\_\_\_\_에서 실시하는 스쿠버  
트레이닝 프로그램에 참석하기 위해서는이 진술서에 당신의 서명이  
요구됩니다.

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 상태여서는 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 비출혈,  
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 강사님에게서 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 교육 받아야만 합니다.

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

## Divers Medical Questionnaire(다이버의 건강 내력 질의서)

### To the Participant: 참가자에게:

이 건강 내력 질의서의 목적은 여러분이 레크리에이션 다이빙 교육에  
참여하기 전에 의사의 진찰을 받아야할 것인지를 알기 위한 것입니다.  
양성적인 대답은 이미 존재하는 당신의 건강 상태가 다이빙 중에 영향을  
줄 수 있으므로 다이빙활동을 시작하기 전에 반드시 의사의 충고를  
받아야 합니다.

- \_\_\_\_\_ 임신의 가망성이 있거나 임신을 계획 중입니까?
- \_\_\_\_\_ 현재 처방된 약을 복용 중입니까? (피임약과 말라리아 예방약제외)
- \_\_\_\_\_ 45 세 이상 이며 다음에 하나 이상의 대답을 합니까?  
• 현재 담배, 파이프 혹은 씨가를 피운다.  
• 혈중 지방 치가 높다.

- 가족의 내력 중 심장 마비나 중풍의 역사가 있다.
- 현재 치료를 받고 있다
- 고혈압이다.
- 당뇨병이다, 식사만으로 조절한다 하더라도

### 예전에 혹은 현재 앓고 있는지...

- \_\_\_\_\_ 천식 혹은 호흡 때 혹은 운동 때 호흡 곤란?
- \_\_\_\_\_ 빈번히 혹은 심한 고초 열/알레르기?
- \_\_\_\_\_ 빈번한 감기, 부비동염, 혹은 기관지염?
- \_\_\_\_\_ 어떤 형이던지 폐 질환?
- \_\_\_\_\_ 기 흉 (압착된 허파)?
- \_\_\_\_\_ 다른 흉부 질환이나 흉부 수술?
- \_\_\_\_\_ 행동적인 건강, 정신적 혹은 심리적인 문제 (공포 발작, 좁은 혹은 넓은 공간에 대한 공포)?
- \_\_\_\_\_ 간질, 발작, 경련, 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용?
- \_\_\_\_\_ 재발하는 심한 편두통 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용?
- \_\_\_\_\_ 잠간의 졸도 혹은 기절 (완전히/부분적으로 의식 불명)?
- \_\_\_\_\_ 빈번한 혹은 심한 멀미 (반 멀미, 자동차 멀미 등등)?
- \_\_\_\_\_ 이질 혹은 치료가 요구되는 탈수증?
- \_\_\_\_\_ 어떤 다이빙 사고나 감압병?
- \_\_\_\_\_ 재발하는 등의 문제점의 병력 (허리)
- \_\_\_\_\_ 보통정도의 운동 실행이 불가능 (예:1.6km/1 마일을 12 분내에 걷기)?

- \_\_\_\_\_ 지난 5년 동안 의식 불명된 머리 상해?
- \_\_\_\_\_ 재발하는 등 (허리)문제점?
- \_\_\_\_\_ 등 혹은 척추수술?
- \_\_\_\_\_ 당뇨병?
- \_\_\_\_\_ 수술, 골절, 외상 후에 따르는 등, 팔, 다리의 문제점?
- \_\_\_\_\_ 고혈압 혹은 그것을 방지하기 위해 약물 복용?
- \_\_\_\_\_ 심장 질환?
- \_\_\_\_\_ 심장 마비?
- \_\_\_\_\_ 협심증, 심장 수술 혹은 혈관 수술?
- \_\_\_\_\_ 부비동 수술?
- \_\_\_\_\_ 귀 질환 혹은 수술, 청각 상실 혹은 몸 평형유지에 문제?
- \_\_\_\_\_ 재발되는 귀 질환?
- \_\_\_\_\_ 출혈 혹은 다른 혈관질환?
- \_\_\_\_\_ 탈장?
- \_\_\_\_\_ 위 궤양 혹은 궤양 수술?
- \_\_\_\_\_ 대장 수술 혹은 소장 수술?
- \_\_\_\_\_ 지난 5년 동안 마약 사용 혹은 그것에 대한 치료 혹은 알코올 중독?

내가 진술한 나의 건강 내력에 대한 정보는 내가 알고 있는 바로는 정확함을 서약합니다. 지금 현존하는 혹은 과거의 건강 상태의 발각에 대한 나의 실수에 관한 책임을 인정할 것을 동의합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 부모 혹은 보호자의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 학생

읽을 수 있게 인쇄체로 쓰세요

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 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

의사 이름 \_\_\_\_\_ 의원/병원 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

전화 ( ) \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_