

簽名前請仔細閱讀

在簽名前請仔細閱讀。這是一份告知您有關水肺潛水的潛在風險以及您在水肺訓練課程期間之規定行為。如欲參由：

_____ (教練姓名)
位於 _____ (地址)
之 _____ (機構名稱)

所提供的訓練課程，您必須簽署此聲明書。

在簽名以前，請先閱讀此健康聲明書。您必須填妥此健康聲明書。其中包括健康檢查問卷部份，才能參加水肺訓練課程。如果您尚未成年，則您必須請您的父母或監護人代為簽署此聲明書。

潛水是一項刺激而吃力的活動。只要執行正確並採用正確的技巧，潛水是相當安全的。然而，如果不遵守既定的安全程序的話，潛水就具有危險性。要安全地進行水肺潛水，您絕對不能超重過多或是身體狀況不佳。在某些情況下，潛水會是相當激烈的活動。您呼吸和循環系統的健康狀況必須十分良好。所有的身體空腔也要正常而健康。一位患有心臟毛病、感冒或充血、癲癇、重大健康問題，或受到酒精或藥物影響的人，都不應該潛水。如果您有氣喘、心臟疾病、其他慢性疾病或正在定期服用藥物的話，

參加本課程前和結束後，都應該徵詢醫師和教練的意見。您也將跟從教練到在水肺潛水時，有關呼吸和平衡的重要安全規則。不當使用水肺裝備可能會導致嚴重的傷害。您務必要在位合格教練的直接監督之下，接受充分的使用指導，才能安全地使用它。如果您對此健康檢查聲明書和檢查問卷部份還有任何疑問，請在簽名前與您的教練討論。此健康檢查問卷的目的，在於了解您在參加此休閒潛水員訓練之前，是否應該接受醫師檢查。回答為「是」的問題並不一定表示您失去潛水的資格。回答「是」的問題乃表示有一個已經存在的病狀可能會影響到您潛水時的安全。請根據您過去或現在的病歷，以「是」或「否」回答下列問題。如果您不確定答案，請回答「是」。如果其中有任何一項適用於您，在您參加此水肺潛水之前，我們必須要求您諮詢醫師的建議。您的教練會給您一份RTSC 健康檢查聲明書和休閒水肺潛水員健康檢查指示書，讓您交給您的醫師。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 已經懷孕或可能懷孕？ | <input type="checkbox"/> 幽閉恐懼症或廣場恐懼症？ |
| <input type="checkbox"/> 膽固醇過高？ | <input type="checkbox"/> 行為偏差問題？ |
| <input type="checkbox"/> 最近正接受藥物治療？ | <input type="checkbox"/> 發生過潛水意外或潛水夫病？ |
| <input type="checkbox"/> 年齡超過 45 歲並且： | <input type="checkbox"/> 因癲癇、痙攣接受藥物治療？ |
| ● 目前有抽煙斗、雪茄或香煙。 | <input type="checkbox"/> 昏厥病史（失去意識）？ |
| ● 膽固醇指數很高 | <input type="checkbox"/> 糖尿病史？ |
| ● 家族中有心臟病或中風的病歷 | <input type="checkbox"/> 背部、手臂或腿部曾因手術、受傷或骨折而接受治療？ |
| ● 目前在就醫診治 | <input type="checkbox"/> 任何心臟病史？ |
| ● 高血壓 | <input type="checkbox"/> 心絞痛或心血管手術？ |
| ● 糖尿病，即使有作飲食控制 | <input type="checkbox"/> 有家族心臟病或腦中風病史？ |
| <input type="checkbox"/> 哮喘、因呼吸或運動引起氣喘？ | <input type="checkbox"/> 耳部或鼻竇手術？ |
| <input type="checkbox"/> 經常性或嚴重的花粉熱或過敏？ | <input type="checkbox"/> 耳部疾病、喪失聽覺或平衡？ |
| <input type="checkbox"/> 經常性感冒、鼻竇炎或支氣炎？ | <input type="checkbox"/> 曾有出血或血液失調問題？ |
| <input type="checkbox"/> 各種肺部疾病？ | <input type="checkbox"/> 動過結腸手術？ |
| <input type="checkbox"/> 氣胸或肺部塌陷？ | <input type="checkbox"/> 疝氣？ |
| <input type="checkbox"/> 接受過胸腔手術？ | |

本人提供以上健康醫療史資料，並同意承擔對隱瞞、遺漏現有或過去任何健康資料的責任。

本人簽名

日期(YYYY/MM/DD)

監護人簽名

日期(YYYY/MM/DD)

個人資料：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

生日 (西元年/月/日)：_____/_____/_____ 年齡：_____ 性別：男 女

通訊地址：_____

e-mail：_____ 行動電話：_____

家庭醫師資料：

醫師姓名：_____ 醫院/診所名稱：_____

通訊地址：_____ 連絡電話：_____

最後看診日期：_____ 最後看診醫師姓名：_____

醫師意見：

申請人即將從事水肺潛水 (Scuba Diving) 訓練或取得水肺潛水資格。我們需要您對申請人的健康狀況是否適合從事水肺潛水的意見。請檢閱休閒水肺潛水員健康檢查要指示書。

本人發現申請人並無任何不適合潛水的症狀。

本人不建議申請人從事潛水活動。

醫師簽名

問診日期(YYYY/MM/DD)

醫師姓名：_____ 醫院/診所名稱：_____

通訊地址：_____ 連絡電話：_____