

장학생 프리다이버 과정 지원서

한글 성명				사 진	
영문 성명					
성별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여			
주민등록번호	-				
주소					
우편번호					
휴대전화	- -				
이메일	@				
유선전화					
대학(교)명		전공			학년
소속동아리 명			동아리웹사이트		
신장	cm		체중	kg	
혈액형	형		SNS (Insta, blog 등)		
보호자 성명			관계		
보호자 휴대전화			보호자 전화		
지원동기	<input type="checkbox"/> 웹서핑 <input type="checkbox"/> 우편홍보물 <input type="checkbox"/> 잡지 <input type="checkbox"/> 친구/선후배소개 <input type="checkbox"/> 기타:_____				
졸업 후 진로	<input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 편입(일반 및 학사) <input type="checkbox"/> 대학원진학 <input type="checkbox"/> 유학				
병역 여부	<input type="checkbox"/> 미필 <input type="checkbox"/> 군필 <input type="checkbox"/> 면제 <input type="checkbox"/> 기타_____				
어학능력	<input type="checkbox"/> TOEIC() <input type="checkbox"/> TOFEL() <input type="checkbox"/> 기타:_____				
컴퓨터활용능력	<input type="checkbox"/> OA종류1 _____ (상/중/하) <input type="checkbox"/> OA종류2 _____ (상/중/하) <input type="checkbox"/> OA종류3 _____ (상/중/하) <input type="checkbox"/> 기타 _____				

PFI KOREA의 장학생 프리다이버 과정에 참가하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

지원자 :

년 월 일



다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 참가자

레크리에이션 스쿠버 다이빙과 프리다이빙은 좋은 육체적, 정신적 건강을 요구한다. 다이빙하는 동안 위험할 수 있는 몇 가지 건강 상태가 아래 열거되어 있다. 이러한 조건 중 어느 것이든 가지고 있거나 그러한 경향이 있는 사람은 의사가 평가해야 한다. 이 참가자용 다이버 건강 질의서는 강사가 해당 평가를 수행해야 하는지 여부를 판단할 수 있는 근거를 제공한다. 이 양식에 나와 있지 않은 다이빙 적합성에 대한 우려가 있는 경우, 다이빙 전에 의사와 상의한다. 만약 본인이 아프다면, 다이빙을 피한다. 전염될 수 있는 질병을 가지고 있을 수 있다면, 다이빙 교육 및/또는 다이빙 활동에 참여하지 않음으로써 본인과 다른 사람을 보호해야 한다. 이 양식의 "다이빙"에 대한 언급은 레크리에이션 스쿠버 다이빙과 프리다이빙을 포함한다. 이 양식은 주로 새로운 다이버들의 초기 건강 상태 점검용으로 설계되었으나, 지속적인 교육을 받는 다이버들에게도 적합하다. 여러분의 안전을 위해서, 그리고 여러분과 함께 다이빙할 수 있는 다른 사람들의 안전을 위해서, 모든 질문에 정직하게 대답해야 한다.

주의사항

레크리에이션 스쿠버 다이빙 또는 프리다이빙 과정의 사전 조건으로 이 질의서를 작성한다.

여성을 위한 주의 사항: 임신 중이거나 임신을 시도 중이라면 다이빙하지 않는다.

1. 폐/호흡, 심장, 혈액에 문제가 있거나 코로나19 진단을 받은 적이 있다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 A로	아니오 <input type="checkbox"/>
2. 만 45세 이상	예 <input type="checkbox"/> 미의 B로	아니오 <input type="checkbox"/>
3. 적당한 운동(예를 들어, 1.6km를 14분만에 걸거나 200m를 쉬지 않고 수영하는 것)을 하기 위해 너무 힘이 들거나, 지난 12개월 동안 체력이나 건강상의 이유로 정상적인 신체 활동에 참여하지 못한 적이 있다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
4. 눈, 귀, 코/부비동(Sinus)에 문제가 생긴 적이 있다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 C로	아니오 <input type="checkbox"/>
5. 지난 12개월내에 수술을 받았거나, 과거 수술과 관련하여 진행 중인 문제가 있다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
6. 나는 의식을 잃은 적이 있거나, 편두통, 발작, 뇌졸중, 심각한 머리 부상 또는 만성 신경성 질환을 앓고 있다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 D로	아니오 <input type="checkbox"/>
7. 현재 치료를 받고 있거나(또는 최근 5년 이내에 치료를 요하는) 심리적인 문제, 인격 장애, 공황 발작 또는 약물이나 알코올 중독 또는 학습 장애 진단을 가지고 있다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 E로	아니오 <input type="checkbox"/>
8. 허리 질환, 탈장, 궤양, 당뇨병이 있거나 있었다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 F로	아니오 <input type="checkbox"/>
9. 설사를 포함한 위나 장의 문제가 있었다.	예 <input type="checkbox"/> 미의 G로	아니오 <input type="checkbox"/>
10. 처방약(메플로퀸(Mefloquine)/라리암(Lariam) 이외의 피임약이나 말라리아 예방약 제외)을 복용하고 있다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>

참가자 서명

만약 위의 10개의 질문에 '아니오' 라고 대답했다면, 의사의 건강 평가는 필요하지 않다. 아래 참가자 진술을 잘 읽고 서명과 날짜를 적어 동의하십시오.

참가자 진술: 나는 모든 질문에 정직하게 대답했으며, 내가 부정확하게 대답했거나 밝히지 않은 현재 또는 과거의 건강 상태로 인하여 발생하는 모든 결과에 대해 책임이 있다는 것을 이해한다.

_____	_____
참가자 서명 (만약 참가자가 미성년자라면 법적 보호인의 이름과 서명)	날짜 (년/월/일)
_____	_____
참가자 이름 (정자체)	생일 (년/월/일)
_____	_____
강사 이름 (정자체)	센터 이름 (정자체)

* 만약 3, 5, 10번 문항 또는 2 페이지의 문항에 '예' 라고 대답했다면, 위의 참가자 진술을 잘 읽고 서명과 날짜를 적어 동의한 후 이 양식의 세 페이지 (의사의 건강 평가 양식 포함) 모두를 의사에게 가져가 건강 평가를 받으시오. 다이빙 과정에 참여하려면 의사의 동의가 필요하다.

다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 참가자 2페이지

A 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
흉부 수술, 심장 수술, 심장 판막 수술, 스텐트, 기흉 등	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
천식, 혈떡거림, 심한 알레르기, 건조열 또는 지난 12개월 내 기도 막힘으로 신체 활동/운동이 제한	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
심장과 관련된 문제나 질병: 협심증, 가슴 통증, 심부전, 폐부종, 심장마비 또는 심장 건강과 관련된 약물 복용	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
만성 기관지염과 12개월 이내에 기침 증상 또는 폐기종 진단을 받음	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
코로나 19 진단	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
B 만 45세 이상이며:		
나는 담배를 피우거나 다른 방법으로 니코틴을 흡입한다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
나는 콜레스테롤 수치가 높다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
나는 고혈압이 있다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
나는 50세 이전에 갑자기 죽거나 심장병 또는 심근경색(Stroke)으로 죽은 가까운 친척이 있다. 또는 50세 이전에 심장병 가족력이 있다. (이상 심장박동, 관상동맥 질환 또는 심장병력)	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
C 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
지난 6개월 내에 부비동 수술을 받은 적이 있다.	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
귀에 질환 또는 수술, 청각 상실 또는 균형 이상의 문제	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
12개월 내에 만성 부비동염	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
3개월 내에 눈 수술	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
D 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
지난 5년 내에 머리 부상으로 인한 의식 상실	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
만성 신경성 질환 또는 부상	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
12개월 내에 만성 편두통, 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
5년 내에 의식 상실 또는 현기증 (전체적인 또는 부분적인 의식 상실)	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
간질, 발작 또는 경련 또는 이를 예방하기 위해 약을 복용	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
E 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
의료적/정신과적 치료가 필요한 행동 건강, 정신적 또는 심리적 문제	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
우울증, 자살 충동, 공황 발작, 통제되지 않는 조울증 등 약물/정신과적 치료가 필요한 문제	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
정신 건강 또는 지속적인 관리가 필요한 학습/발달 장애 진단을 받음	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
5년 내에 치료가 필요한 약물 또는 알코올 중독	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
F 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
6개월 내에 일상 활동이 제한될 만성 허리 질환	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
12개월 내에 허리 또는 척추 수술	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
12개월 내에 인슐린 또는 식단 조절로 관리 가능한 당뇨 또는 임신 당뇨병	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
신체적 능력을 제한하며 치료되지 않는 탈장	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
지난 6개월 내에 치료되지 않는 궤양, 문제 상처 또는 궤양 수술	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
G 다음 사항을 현재 가지고 있거나 과거에 가지고 있었습니까?		
인공 항문 성형술(Ostomy surgery)을 받은 사람으로 수영 또는 물리적 활동에 참가할 수 있다는 의료 증명서가 없음	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
7일 내에 의학적 치료가 필요한 탈수증	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
6개월 내에 치료되지 않는 위 또는 장의 궤양 또는 궤양 수술	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
잦은 속쓰림, 역류, 또는 위 식도 역류성 질환(GERD).	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
통제 안 되는 궤양성 대장염 또는 크론병(Crohn's disease)	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>
12개월 내의 비만 대사 수술	예 <input type="checkbox"/> *	아니오 <input type="checkbox"/>

다이버 건강 질의서(Diver Medical) | 의사 평가양식

참가자 이름 _____ 생년월일 _____
(정자체) 날짜 (년/월/일)

위 사람은 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙 훈련 또는 활동에 참여할 수 있는 의학적 적합성에 대해 의사의 의견을 요청합니다. uhms.org 방문하여 다이빙과 관련된 의학적 지침을 참조하시기 바랍니다. 평가하는 환자와 관련된 영역을 검토하세요.

평가 결과

- 동의 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙에 부적합한 상태를 발견할 수 없습니다.
- 동의하지 않음 - 레크리에이션 스쿠버 다이빙이나 프리다이빙에 부적합한 상태를 발견하였습니다.

의사 서명 날짜 (년/월/일)

의사 이름 _____ 전문병과 _____
(정자체)

병원 이름 _____

주소 _____

전화번호 _____ 이메일 _____

병원 도장 (선택 사항)

다이버 의료 검진 위원회(Diver Medical Screen Committee)에서 다음의 기관들과
공동으로 제작: The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

