

病歷檢查表

請用 (Yes) 或 (No) 回答關於以下過去及現在的病歷, 不明白或不知道的部分請回答 (Yes)。在有些病歷前回答 (Yes) 的朋友, 有必要在參加潛水活動前徵求醫師的意見。

以上病歷是本人在所知道的範圍內所填寫的正確的內容

署名 _____ 日期 _____

你會否患有或進行過...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 哮喘、氣促等防礙正常呼吸的疾病 | <input type="checkbox"/> 因手術或任何原因導致的活動障礙 |
| <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病或正在服藥 |
| <input type="checkbox"/> 肺結核、肺炎等胸部疾病 | <input type="checkbox"/> 任何程度的心臟疾症 |
| <input type="checkbox"/> 胸部手術 | <input type="checkbox"/> 高血壓或正在服藥 |
| <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 | <input type="checkbox"/> 耳部手術或曾耳膜穿洞 |
| <input type="checkbox"/> 氣胸 | <input type="checkbox"/> 飛行時耳壓平衡障礙 (耳有疼痛感) |
| <input type="checkbox"/> 腦部、椎、神經系統長期疾病 | <input type="checkbox"/> 出血或凝血障礙 |
| <input type="checkbox"/> 暈倒或癲癇、痙攣發作 | <input type="checkbox"/> 潛水事故或減壓症 |
| <input type="checkbox"/> 大型手術 | <input type="checkbox"/> 幽閉恐懼症 |

你現在有沒有...

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 感冒或呼吸系統疾病 | <input type="checkbox"/> 正在服藥 (避孕藥除外) |
| <input type="checkbox"/> 過去3個月內做過任何手術 | <input type="checkbox"/> 受酒精或藥物影響神智 |
| <input type="checkbox"/> 懷孕 | <input type="checkbox"/> 潛水活動18小時後坐飛機 |