

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