



中科店潛水報名表

相片黏貼處

OW AOW 高氧 救援 潛水長 助理教練

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

EMAIL：_____ 手機：_____

西元生日：_____ 電話：_____

住址：_____

身分證字號(保險用)：_____

身高：_____ CM 體重：_____ KG 鞋子尺寸：_____ CM

近視：_____ (左眼) _____ (右眼)

緊急連絡人：_____ 連絡電話：_____

上課日期：_____ 理論：_____ 泳池：_____ 實習：_____

授課教練：_____ 教練系統/編號：_____

報名日期：_____ 學員C卡/書籍編號：_____

預收訂金：_____ 收款人員：_____

教練電話：_____ 連絡人：_____

備註：

醫療聲明 Medical Statement

這份聲明是告知您有關水肺潛水的潛在風險，在參與本活動之前，您必須在本文件上簽名。

潛水是一項刺激且需要體力的活動。透過正確的執行，並應用所有適當的技巧，潛水將是相當安全的。但如果不遵照既定的安全程序，則可能會有危險。

為了能夠安全的從事水肺潛水活動，您不能有超出能力範圍或身體不適的狀況。如有心臟疾病、感冒或充血、癲癇、氣喘、嚴重疾病，或是受到酒精或藥物影響的狀況下，就不應該從事潛水活動。如果您目前正在接受藥物治療，參加活動之前，應先詢問醫師。你也必須聽從教練指示，學習有關水肺潛水時，呼吸與平衡等重要安全規則。不當的使用水肺潛水裝備有可能會導致嚴重的傷害，因此您必須要在合格教練的親自指導下，完全遵照其方法，安全正確的使用水肺裝備。

醫療史(參加者健康檢查問卷)

這份病例問卷的主要目的，是用來確認您在參加本活動之前，是否需要接受醫師的檢查。誠實的回答問題並不一定會讓您失去參加本活動的資格。倘若您的身體狀況可能會影響到您潛水時的安全，就必須諮詢專業醫師的意見。

請根據您過去和目前的醫療狀況，據實以“yes”或“no”來回答下列問題。若是您不確定，請回答“yes”。如果以下任何問題答案是肯定的話，我們就必須要求您在參加活動之前，先諮詢專業醫師的意見。

- 已懷孕或可能懷孕？
- 定期服用醫師處方或非醫師處方?(除避孕藥外)
- 年齡超過 45 歲並有膽固醇過高或家族有心臟病或中風的病例？
- 曾患有或出現下列狀況---
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 哮喘、因呼吸或運動引起氣喘？ | <input type="checkbox"/> 經常性嚴重花粉熱或過敏？ |
| <input type="checkbox"/> 經常性感冒、鼻竇炎或支氣管炎？ | <input type="checkbox"/> 各種肺部疾病？ |
| <input type="checkbox"/> 氣胸(或肺部塌陷)？ | <input type="checkbox"/> 接受過胸腔手術？ |
| <input type="checkbox"/> 幽閉恐懼或廣場恐懼 症？ | <input type="checkbox"/> 行為偏差問題？ |
| <input type="checkbox"/> 癲癇發作、因而接受藥物治療？ | <input type="checkbox"/> 經常性偏頭痛因而接受藥物治療？ |
| <input type="checkbox"/> 暈厥病史(完全/部分失去意識)？ | <input type="checkbox"/> 經常性嚴重暈車、暈船？ |
| <input type="checkbox"/> 曾患有減壓病或發生潛水意外？ | <input type="checkbox"/> 經常背部疼痛？ |
| <input type="checkbox"/> 曾動過背部手術？ | <input type="checkbox"/> 糖尿病？ |
| <input type="checkbox"/> 背部、手部或腿部曾因手術、傷害或骨折而發生問題？ | |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 無法從事溫和運動? | <input type="checkbox"/> 高血壓或服用控制血壓之藥物? |
| <input type="checkbox"/> 任何類型之心臟疾病? | <input type="checkbox"/> 心絞痛或動過心臟血管手術? |
| <input type="checkbox"/> 耳部或鼻竇手術? | <input type="checkbox"/> 耳部疾病、聽覺喪失或平衡問題? |
| <input type="checkbox"/> 曾再飛機上或登山時發生耳壓無法平衡之問題? | |
| <input type="checkbox"/> 出血或血液失調等問題? | <input type="checkbox"/> 疝氣? |
| <input type="checkbox"/> 潰瘍? | <input type="checkbox"/> 動過結腸手術? |

參加者簽名： _____ 日期： _____