# **Diver Medical** | Physician's Evaluation Form

Participant Name _____ Birthdate _____
(Print) Date (dd/mm/yyyy)

**The above-named person requests your opinion of his/her medical suitability to participate in recreational scuba diving or freediving training or activity. Please visit uhms.org for medical guidance on medical conditions as they relate to diving. Review the areas relevant to your patient as part of your evaluation.**

## Evaluation Result

☐ Approved – I find no conditions that I consider incompatible with recreational scuba diving or freediving.

☐ Not approved – I find conditions that I consider incompatible with recreational scuba diving or freediving.

_____ _____
Physican's Signature Date (dd/mm/yyyy)

Physician's Name _____ Specialty _____
(Print)

Clinic/Hospital _____

Address

Phone _____ Email _____

Physician/Clinic Stamp (optional)

Created by the Diver Medical Screen Committee in association with the following bodies:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

# แบบฟอร์ม Diver Medical | Physician‘s Evaluation Form

**ชื่อผู้สมัคร**_____ **วันเดือนปีเกิด** _____

(เขียนด้วยตัวบรรจง) วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

**บุคคลที่มีชื่อข้างต้นขอความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับความเหมาะสมทางด้านการแพทย์ของเขา/เธอเพื่อเข้าร่วมในการดำน้ำแบบสคูบาหรือกิจกรรมการฝึกอบรมหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ่งแบบสันทนาการ กรุณาแวะเข้าเยี่ยมชมใน uhms.org สำหรับคำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับเงื่อนไขทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดำน้ำ ให้ตรวจสอบพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ของคุณเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินของคุณ**

## ผลการประเมิน

☐ **ผ่านการอนุมัติ – ข้าพเจ้าไม่พบเงื่อนไขใด ๆ ที่ข้าพเจ้าคิดว่าขัดแย้งกันกับการดำน้ำแบบสคูบาหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ่งแบบสันทนาการ**

☐ **ไม่ผ่านการอนุมัติ – ข้าพเจ้าพบว่ามีเงื่อนไขที่ฉันพิจารณาว่าขัดแย้งกันกับการดำน้ำแบบสคูบาหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ่งแบบสันทนาการ**

_____ _____

ลายเซ็นของแพทย์ วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

**ชื่อของแพทย์**_____ **ชำนาญการพิเศษเฉพาะทาง** _____

(เขียนด้วยตัวบรรจง)

คลินิก/โรงพยาบาล _____

ที่อยู่ _____

_____

โทรศัพท์_____ อีเมล _____

ตราประทับจากแพทย์/คลินิก (ทางเลือก)

**สร้างขึ้นโดย Diver Medical Screen Committee ร่วมกับหน่วยงานดังต่อไปนี้: The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**

# ダイバーメディカル ｜ 医師による評価シート

参加者名　　生年月日

（楷書）　　日付（日/月/年）

上記の者は、レクリエーショナルダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、 uhms.org をご確認ください。先生が評価するところは、依頼人に関係する（2ページの質問に「はい」と回答した）部分をご確認ください。

## 評価結果

☐ 参加することに同意します - レクリエーショナルスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。

☐ 参加することに同意しません - レクリエーショナルスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

医師のサイン　　日付（日/月/年）

医師氏名　　専門

（楷書）

クリニック/病院

住所

電話番号　　Eメール

医師/クリニックのスタンプ（任意）

作成： Diver Medical Screen Committee 提携・協力団体：

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**