



House Rules / Non-Agency Disclosure and Acknowledgment Agreement

โปรดอ่านอย่างละเอียดและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องก่อนเซ็นชื่อ
นี่คือข้อตกลงระหว่าง บริษัท ช้างไดรวิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด และ

ชื่อ: _____

ข้าพเจ้า _____ ขอยืนยันว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของ บจก.ช้างไดรวิ่งฯ และกฎเกณฑ์ของบริษัท เมื่อใช้อุปกรณ์ที่บริษัทเป็นเจ้าของ และการให้บริการของ บจก.ช้างไดรวิ่งฯ โดยรวมถึงอุปกรณ์ดำน้ำ.

ข้าพเจ้า _____ จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น

ข้าพเจ้า _____ ตกลงที่จะปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติดำน้ำที่ปลอดภัยและความตระหนักรู้ด้านสิ่งแวดล้อม. ข้าพเจ้าจะทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ดำน้ำของ บจก.ช้างไดรวิ่งฯ, รวมถึงคำแนะนำของกัปตันเรือ, เมื่อดำน้ำ (กัปตันเป็นผู้รับผิดชอบต่อเรือและผู้โดยสาร ดังนั้นเขาจึงมีอำนาจตัดสินใจสุดท้ายบนเรือ ซึ่งรวมถึงการเลือกแหล่งดำน้ำ และยกเลิกการเดินทางเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัย และสภาพอากาศ)

หากคุณไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามแนวทางการดำน้ำที่ปลอดภัย หรือความตระหนักรู้ด้านสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลให้ถูกเรียกเลิกการดำน้ำของคุณ - ในกรณีนี้ไม่มีการคืนเงิน

ข้าพเจ้า _____ ได้อ่าน/เห็น รายการราคาดำน้ำล่าสุดทั้งหมด สำหรับหลักสูตรดำน้ำ, ฟินไคฟ์, ค่าธรรมเนียมการยกเลิกและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไข.

ข้าพเจ้า _____ ยอมรับว่าหากข้าพเจ้าถูกขัดขวางหรือตัดสินใจยกเลิกหลักสูตรหรือกิจกรรม จะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการยกเลิก หากกิจกรรมของวันถัดไปถูกยกเลิก หลังเวลา 18:00 น. จะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตามค่าธรรมเนียมการยกเลิก

ข้าพเจ้า _____ เข้าใจว่าเมื่อข้าพเจ้าจองและดำเนินการเรียนหลักสูตร ข้าพเจ้าจ่ายเงินสำหรับการฝึกหลักสูตร ไม่ใช่เพื่อการได้รับ ใบรับรอง หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตรงตามข้อกำหนดของการรับ ใบรับรอง ผู้สอนจะไม่รับรองให้ผ่านหลักสูตร

_____ หากด้วยเหตุผลใดก็ตามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านประสิทธิภาพของหน่วยงานฝึกอบรม (PADI, SDI, TDI) ได้, ข้าพเจ้ามีตัวเลือกที่จะดำเนินการฝึกอบรมต่อไปจนกว่าจะตรงตามข้อกำหนดการรับรอง - จะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมสำหรับการฝึกอบรมเพิ่มต่อจากที่กำหนด

ข้าพเจ้า _____ ได้อ่านและเข้าใจประเด็นข้างต้นแล้ว ความหมายและวัตถุประสงค์ของกฎมีความสำคัญต่อทั้งความปลอดภัยของข้าพเจ้า และความปลอดภัยของบุคลากร บจก.ช้างไดรวิ่งฯ

ข้าพเจ้า _____ เข้าใจและตกลงว่า สมาชิกของ PADI, SDI และ TDI ("สมาชิก") ซึ่งรวมถึง บริษัท ช้างไดรวิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด และ/หรือ PADI, SDI และ TDI Instructors และ Divemasters แต่ละคน ที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องหมายการค้าต่าง ๆ ของ PADI, SDI และ TDI และเพื่อดำเนินการอบรมที่เกี่ยวกับการดำน้ำของ PADI, SDI และ TDI แต่ไม่ใช่ตัวแทน, พนักงาน, หรือพาร์ตเนอร์ของ PADI Americas Inc., SDI, TDI, ERDI, PFI Americas หรือ บริษัทแม่, บริษัทย่อยและบริษัท ในเครือของบริษัท ("PADI, SDI, TDI") ดังกล่าว

ข้าพเจ้า _____ ยังเข้าใจอีกว่ากิจกรรมทางธุรกิจของสมาชิกเป็นกิจกรรมอิสระ ซึ่ง PADI, SDI หรือ TDI, ไม่ได้เป็นเจ้าของหรือเป็นผู้ดำเนินงานแต่อย่างใด และเข้าใจว่า ในขณะที่ PADI, SDI หรือ TDI กำหนดมาตรฐานสำหรับ โปรแกรมการอบรมนักดำน้ำของ PADI, SDI หรือ TDI และ PADI, SDI หรือ TDI จะไม่รับผิดชอบ และไม่มีสิทธิ์ที่จะควบคุมการดำเนินงานของกิจกรรมทางธุรกิจของสมาชิกและการดำเนิน โปรแกรมประจำวันของ PADI, SDI หรือ TDI และการดูแลนักดำน้ำโดยสมาชิกหรือพนักงานของสมาชิก

ข้าพเจ้า _____ ยังเข้าใจและตกลงอีกว่า ในนามของข้าพเจ้า ทายาทของข้าพเจ้า และตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า ในกรณีที่ข้าพเจ้าเกิดบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ในระหว่างที่ทำกิจกรรมนี้ ข้าพเจ้าและตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องให้ PADI, SDI หรือ TDI รับผิดชอบสำหรับการกระทำที่หนึ่งเฉยหรือการละเลยของ บริษัท ช้างไดรวิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด และ/หรือ instructors หรือ divemasters ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าว

ข้าพเจ้า _____ และทายาทของข้าพเจ้าได้เข้าใจอย่างแท้จริงแล้วเกี่ยวกับเนื้อหาของ NON-AGENCY DISCLOSURE AND ACKNOWLEDGMENT AGREEMENT นี้ โดยได้อ่านรายละเอียดก่อนที่ข้าพเจ้าจะเซ็นชื่อ ในนามของข้าพเจ้าและทายาทของข้าพเจ้า

ห้ามทำการเปลี่ยนแปลง, เพิ่มเติม, การละเว้นหรือการแก้ไขใด ๆ

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วม วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ลายเซ็นของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (ที่ต้องมี) วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

GENERAL LIABILITY RELEASE AND EXPRESS ASSUMPTION OF RISK Diving Course

สำหรับ _____ (ระบุหลักสูตรหรือหลักสูตรพิเศษ) โปรแกรมการฝึกอบรมภายใต้หน่วยงาน SDI/PADI.
ข้าพเจ้า, _____, ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการแนะนำและแจ้งอย่างละเอียดถึงอันตรายจากการดำน้ำลึก
นอกเหนือจากนี้ ข้าพเจ้า เข้าใจว่าการดำน้ำแบบใช้ออกาศ,อากาศผสมออกซิเจนพิเศษ (Nitrox) อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงบางชนิด เช่น โรคเกี่ยวกับความ
ดัน(Decompression Sickness), อาการปอดฉีก(embolism)หรือการบาดเจ็บจากการดำน้ำในที่มีความกดอากาศสูง, ออกซิเจนเป็นพิษ (oxygen toxicity), ว่างซึมจาก
ก๊าซเฉื่อย(inert gas narcosis), การบาดเจ็บจากสัตว์ทะเล หรือ การบาดเจ็บ จากแรงกดดันที่มากขึ้น(barotrauma) หรืออาการบาดเจ็บที่ต้องใช้ออกซิเจนบำบัด ซึ่งจำเป็นจะ
ต้องได้รับการรักษาในห้องปรับความดัน. ข้าพเจ้าเข้าใจเพิ่มเติมว่า การเดินทางไปดำน้ำซึ่งจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมเพื่อจบหลักสูตรดำน้ำ และได้รับประกาศนียบัตร อาจ
ดำเนินการออกฝึกปฏิบัติในทะเล ในจุดซึ่งห่างไกลไม่ว่าจะเป็นตามเวลาของระยะทาง หรือตามระยะทาง หรือทั้งสองอย่าง จากสถานที่ที่มีห้องปรับความดัน แต่ข้าพเจ้าก็
สมัครใจที่จะไปฝึก ณ สถานที่นั้น แม้จะไม่มีห้องปรับความดัน ในบริเวณใกล้เคียงกับจุดดำน้ำ

ข้าพเจ้า เข้าใจและยอมรับว่าผู้สอน, สถานที่สอนดำน้ำที่ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา, บริษัท ช่างไดร์ วิ่งเซ็นเตอร์ จำกัด, พนักงานเจ้าหน้าที่ของสถานที่สอนดำน้ำที่
ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา, บริษัท ช่างไดร์ วิ่งเซ็นเตอร์ จำกัด, International Training, Scuba Diving International และ PADI, หรือเจ้าหน้าที่,กรรมการ,ผู้ถือหุ้, บริษัท ใน
เครือ,พนักงาน,ตัวแทน,หรือ ผู้ได้รับมอบหมายของนิติบุคคลที่ระบุไว้ข้างต้นและ / หรือนิติบุคคล, และผู้เขียนของวัสดุใด ๆ รวมถึงข้อความและตารางที่ใช้อย่างชัดเจนสำหรับการ
การฝึกอบรมและการรับรอง (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้ปลดความรับผิดชอบ" Released Parties) ไม่ต้องรับผิดชอบหรือชดใช้ค่าเสียหายใดๆ ไม่ว่าในกรณีใดสำหรับการบาดเจ็บ
การเสียชีวิตหรือความเสียหายอื่น ๆ ต่อทายาทของข้าพเจ้าหรือครอบครัว, หรือผู้รับมอบหมายที่อาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของข้าพเจ้า ในการฝึกอบรมเรียนดำน้ำนี้
หรือเป็นผลมาจากความประมาทเลินเล่อของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรวมถึงผู้ปลดความรับผิดชอบที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบ ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม

จากการที่ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้เข้ารับการฝึกดำน้ำนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีแล้วว่า ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกสิ่งทุกอย่าง
มา ช่างต้นนั้น ทั้งความเสี่ยงที่คาดเดาได้และความเสี่ยงที่คาดเดาไม่ได้ในขณะที่กำลังรับการฝึกดำน้ำนี้

ข้าพเจ้า ยังตกลงที่จะช่วยเหลือ,ปกป้อง,ชดใช้ค่าเสียหายและไม่ทำอันตรายใด ๆ กับฝ่ายผู้ปลดความรับผิดชอบจากการเรียกร้องหรือฟ้องร้องจากข้าพเจ้า, ใคร
ก็ตามที่ตั้งใจจะทำหน้าที่ในนามของข้าพเจ้า,ครอบครัว,มรดก,ทายาท หรือมอบหมายงานที่เกิดขึ้น โดยตรงหรือโดยอ้อมจากกิจกรรมการมีส่วนร่วมและการดำน้ำของ
ข้าพเจ้า รวมถึงการเรียกร้องที่เกิดขึ้นระหว่างกิจกรรมนี้และหลังจากที่ข้าพเจ้าได้รับประกาศนียบัตรแล้ว แม้ว่า การอ้างสิทธิ์ดังกล่าวอาจไม่มีเหตุผลเท็จหรือหลอกลวง

ข้าพเจ้า ยังเข้าใจว่ากิจกรรมการดำน้ำนี้ ใช้ความแข็งแรงทางร่างกาย และข้าพเจ้าต้อง ใช้ความพยายามอย่างหนัก ในระหว่างการดำน้ำนี้ และหากข้าพเจ้าได้
รับบาดเจ็บจากอาการโรคหัวใจเฉียบพลัน,ตื่นตระหนก,ภาวะระบายลมหายใจเกิน (Hyperventilation), ความเป็นพิษของออกซิเจน, ว่างซึมจากก๊าซเฉื่อย(inert gas
narcosis),จมน้ำ ฯลฯ ถือว่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บดังกล่าวนี้หนักขึ้น และข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องความรับผิดชอบต่อบุคคลหรือ บริษัท ที่อยู่ในรายการข้างต้น และข้าพเจ้า
ตกลงที่จะป้องกัน,ชดใช้ค่าเสียหายและไม่ทำอันตรายใด ๆ เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า เข้าใจว่ากิจกรรมเหล่านี้ อาจทำให้ ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวที่ข้าพเจ้าจะสามารถขึ้นสู่ด้านบนได้ด้วยตัวเปล่า (โดยไม่มีอากาศหายใจ)

ข้าพเจ้า เข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจต้องจัดหาอุปกรณ์ของตัวเอง และข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสภาพการทำงานและการบำรุงรักษาของอุปกรณ์

ข้าพเจ้า ยังระบุด้วยว่าข้าพเจ้ามีอายุบรรลุนิติภาวะและมีความสามารถตามกฎหมายในการลงนามในหนังสือปลดปล่อยผู้ปลดความรับผิดชอบนี้ หรือข้าพเจ้าได้รับ
ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองของข้าพเจ้า.

ข้าพเจ้า เข้าใจว่าข้อกำหนดในที่นี้เป็นสัญญา และไม่ใช้เพียงการบรรยายอย่างเดียว และข้าพเจ้าได้ลงนาม ในเอกสารนี้ด้วยการกระทำของข้าพเจ้าเอง นอกจากนี้
ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่า ในกรณีที่บทบัญญัติของข้อตกลงนี้หนึ่งประการหรือมากกว่า, ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม, ถูกจัดขึ้นโดยศาลของศาลที่มีอำนาจว่าไม่ถูกต้องหรือ
ไม่สามารถบังคับใช้ได้ทุกด้าน, การไม่ถูกต้องเช่น ผิดกฎหมายหรือไม่มีผลบังคับใช้ จะไม่ส่งผลกระทบต่อบทบัญญัติอื่นใดในที่นี้ และข้อตกลงนี้จะถูกตีความรวมกับไม่
ถูกต้อง,ผิดกฎหมาย หรือบทบัญญัติที่ไม่สามารถบังคับใช้ได้ หรือบทบัญญัติที่ไม่เคยมีอยู่ในที่นี้

ด้วยเจตนารมณ์ของ _____ โดยตราสารนี้เพื่อละเว้นและปลดปล่อยความรับผิดชอบกับ อาจารย์ผู้
สอน, เจ้าหน้าที่ของบริษัท ช่างไดร์วิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด (และคนอื่น ๆ) สถานที่สอนดำน้ำที่ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา, บริษัท ช่างไดร์ วิ่ง
เซ็นเตอร์ จำกัด หน่วยฝึกอบรมและ INTERNATIONAL TRAINING, PADI และSCUBA DIVING INTERNATIONAL, และหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องอื่น ๆ และฝ่ายที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบตามที่กำหนดข้างต้นจากความรับผิดชอบหรือความรับผิดชอบทั้งหมดไม่ว่าจะได้รับ
ความเสียหายส่วนบุคคล, ความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือการเสียชีวิตที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม หรือเกิดขึ้นจาก, โดยตรง
หรือโดยอ้อม, รวมถึง,แต่ไม่จำกัดเพียง, ความประมาทของฝ่ายที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบ ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่
ก็ตาม ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงเนื้อหาทั้งหมดของการปลดปล่อยความรับผิดชอบนี้ และข้อสันนิษฐานของความเสี่ยง โดยการอ่านมัน ก่อนที่
จะลงนามในนามของตัวเองและทายาทของข้าพเจ้า

เอกสารนี้จำเป็นสำหรับทุกหลักสูตรหรือหลักสูตรพิเศษ ที่สอนภายใต้หน่วยงาน Scuba Diving International และ PADI

ห้ามทำการเปลี่ยนแปลง,เพิ่มเติม,การละเว้นหรือการแก้ไขใด ๆ

ลายเซ็นของนักเรียน / ผู้เข้าร่วม / วันที่ (วัน.เดือน.ปี)

ลายเซ็นของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล(ที่ใช้บังคับ) / วันที่ (วัน.เดือน.ปี)

พยาน / วันที่ (วัน.เดือน.ปี)

Diver Medical | Participant Questionnaire. หน้า 1-3

ชื่อผู้เข้าร่วม

วัน เดือน ปีเกิด

การดำน้ำแบบสคูบ้าเพื่อการสนทนาและการฟรีไดฟ์วิ่งต้องมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีเงื่อนไขทางการแพทย์บางประการที่อาจเป็นอันตรายได้ในขณะดำน้ำ,ตามทีระบบด้านล่าง ผู้ที่มี,หรือมีแนวโน้ม,เงื่อนไขใด ๆ เหล่านี้ ควรได้รับการประเมินโดยแพทย์ แบบสอบถามประวัติทางการแพทย์ผู้เข้าร่วมนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาว่าคุณควรได้รับการประเมินโดยแพทย์หรือไม่ หากคุณมีข้อกังวลเกี่ยวกับสุขภาพก่อนการดำน้ำ กับอาการที่ไม่ได้แสดงในแบบฟอร์มนี้ ให้ปรึกษาแพทย์ก่อนดำน้ำ หากคุณรู้สึกไม่สบายให้หลีกเลี่ยงการดำน้ำ หากคุณคิดว่าคุณเป็นโรคติดต่อ,ให้ป้องกันตนเองและผู้อื่น โดยไม่เข้าร่วมการฝึกอบรมการดำน้ำและ / หรือกิจกรรมดำน้ำ. การอ้างอิงถึง “การดำน้ำ” ในแบบฟอร์มนี้ครอบคลุมทั้งการดำน้ำแบบสคูบ้าและการฟรีไดฟ์วิ่ง. แบบฟอร์มนี้ได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเป็นการกรองเบื้องต้นสำหรับนักดำน้ำใหม่ แต่ยังเหมาะสำหรับนักดำน้ำที่ต้องการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของคุณและของผู้อื่นที่อาจดำน้ำกับคุณตอบคำถามทุกอย่างอย่างซื่อสัตย์.

คำแนะนำสำหรับแบบสอบถามทางการแพทย์

ทำแบบสอบถามนี้ให้สมบูรณ์ก่อน เพื่อดำน้ำสคูบ้าหรือหลักสูตรฟรีไดฟ์วิ่ง

หมายเหตุสำหรับผู้หญิง: หากคุณกำลังตั้งครรภ์หรือพยายามตั้งครรภ์ อย่าดำน้ำ.

มีปัญหาเกี่ยวกับปอด / การหายใจ,หัวใจ,เลือด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โควิด-19	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง A	ไม่ <input type="checkbox"/>
อายุมากกว่า 45 ปี	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง B	ไม่ <input type="checkbox"/>
ไม่สามารถออกกำลังกายใดๆได้ (เช่นเดิน 1.6 กม. ในเวลา 14 นาที หรือว่ายน้ำ 200เมตร โดยไม่ต้องพักผ่อน), หรือไม่สามารมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายตามปกติเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพหรือร่างกาย ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหาเกี่ยวกับตา,หู หรือ โพรงจุก / ไชนัส	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง C	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหาเกี่ยวกับตา,หู หรือ โพรงจุก / ไชนัส	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
หมดสติ, ปวดหัวไมเกรน, ลมชัก, โรคหลอดเลือดสมอง, อาการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญ, หรือประสบกับการบาดเจ็บทางระบบประสาทหรือโรค	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง D	ไม่ <input type="checkbox"/>
ขณะนี้กำลังเข้ารับการรักษา (หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน 5 ปีที่ผ่านมา) สำหรับปัญหาด้านจิตใจ, ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ, โรคนิวโรติก(Panic Attacks), หรือติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์, หรือได้รับการวินิจฉัยว่าบกพร่องทางการเรียนรู้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง E	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหาเกี่ยวกับหลัง, ไส้เลื่อน, แผลพุพอง, แผลมีหนอง, ฝี, หรือโรคเบาหวาน	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง F	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหากระเพาะอาหารหรือลำไส้, รวมถึงอาการท้องร่วงล่าสุด	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง G	ไม่ <input type="checkbox"/>
กำลังใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ (ยกเว้นการคุมกำเนิดหรือยาต้านมาลาเรีย นอกเหนือจากยา mefloquine / Lariam)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>

หากคุณตอบว่า “ไม่” ต่อคำถามทั้ง 10 ข้อข้างต้น, ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินทางการแพทย์. โปรดอ่านและยอมรับข้อความของผู้เข้าร่วมด้านล่าง โดยการลงชื่อและลงวันที่

ข้อความผู้เข้าร่วม: ข้าพเจ้าตอบคำถามทุกอย่างอย่างซื่อสัตย์, และเข้าใจว่าข้าพเจ้ายอมรับความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาใด ๆ ที่เกิดจากคำถามใด ๆ ที่ข้าพเจ้าอาจตอบไม่ถูกต้อง หรือความล้มเหลวของข้าพเจ้าในการเปิดเผยภาวะสุขภาพที่มีอยู่หรือที่ผ่านมา

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม (หรือหากผู้เยาว์จำเป็นต้องมีลายเซ็นของผู้ปกครอง / ผู้ดูแล) วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อผู้เข้าร่วม (ตัวบรรจง) วันเกิด (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อครูผู้สอน (ตัวบรรจง) ชื่อสถานที่สอนดำน้ำ: บริษัท ช่างไดร์วิ่ง เซ็นเตอร์

จำกัด.

* หากคุณตอบว่า “ใช่” ต่อคำถามด้านบน ข้อที่ 3, 5 หรือ 10 หรือ คำถามใด ๆ ในหน้า 2, โปรดอ่านและยอมรับข้อความข้างต้น โดยการลงนามและลงวันที่ และนำทั้งสามหน้าของแบบฟอร์มนี้ (แบบสอบถามผู้เข้าร่วมและแบบฟอร์มการประเมินของแพทย์) ไปพบแพทย์เพื่อรับการประเมินทางการแพทย์. ในการเข้าร่วมหลักสูตรดำน้ำ ต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์.

Diver Medical | Participant Questionnaire หน้าต่อ 2-3

ชื่อผู้เข้าร่วม _____

กล่อง A – ฉันทมี / เคยมี:		
การผ่าตัดหน้าอก, ผ่าตัดหัวใจ, การผ่าตัดลิ้นหัวใจ, การใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด, หรือ ภาวะปอดรั่ว(ปอดยุบ)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด, เสียงวี๊ด(wheezing) , โรคภูมิแพ้อย่างรุนแรง, ไข้ละอองฟางหรือทางเดินหายใจหนาแน่น ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย / การออกกำลังกายของข้าพเจ้า	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
ปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับหัวใจของฉันเช่น: โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, อาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย, หัวใจล้มเหลว, น้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) หรือปอดบวมน้ำ, หัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง, หรือกำลังทานยาสำหรับโรคหัวใจใด ๆ	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดสมองก้ำกึ่งกำเริบ และในปัจจุบันมีอาการไอภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงลมโป่งพอง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โควิด-19	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
กล่อง B – อายุมากกว่า 45 ปี และ:		
ปัจจุบันสูบบุหรี่ หรือสูดดมนิโคตินด้วยวิธีอื่น	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีระดับคอเลสเตอรอลสูง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีความดันโลหิตสูง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีญาติสนิทที่เสียชีวิตอย่างกะทันหัน หรือ โรคหัวใจ หรือ โรคหลอดเลือดสมองก่อนอายุ 50 ปี, หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี (รวมถึงจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ, โรคหลอดเลือดหัวใจหรือ cardiomyopathy).	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
กล่อง C – ฉันทมี / เคยมี:		
การผ่าตัดไขสันหลังภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคเกี่ยวกับหูหรือการผ่าตัดหู,การสูญเสียการได้ยินหรือปัญหาเกี่ยวกับความสมดุล	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
เกิดซ้ำไขสันหลังอักเสบภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
การผ่าตัดตาภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
กล่อง D – ฉันทมี / เคยมี:		
บาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการหมดสติภายใน 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
ได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาทหรือโรคถาวร	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
อาการปวดหัวไมเกรนที่เกิดซ้ำภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา, หรือ ไข้ยาเพื่อป้องกัน	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
หน้ามืดหรือเป็นลม (หมดสติ/กึ่งหมดสติ) ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคลมชัก, อาการชัก, หรือชัก, หรือ ไข้ยาเพื่อป้องกัน.	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
*ต้องมีการประเมินทางการแพทย์ของแพทย์ (ดูหน้า 1)		

Diver Medical | Participant Questionnaire หน้าต่อ 3-3

ชื่อผู้เข้าร่วม _____

กล่อง E – ฉันทมี / เคยมี:		
พฤติกรรมสุขภาพ, ปัญหาทางจิตใจหรือเกี่ยวกับจิตวิทยาที่ต้องการการรักษาพยาบาล / จิตเวช.	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคซึมเศร้า, ความคิดฆ่าตัวตาย, โรคนิวโรติก(Panic Attacks), โรคนิวโพลาร์(bipolar disorder) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ต้องใช้ยา / การรักษาทางจิตเวช	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
รับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพจิต หรือความผิดปกติของการเรียนรู้ / การพัฒนาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
การติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ที่ต้องการการรักษาภายใน 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>

กล่อง F – ฉันทมี / เคยมี:		
ปัญหาหลังกำเริบใน 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจำกัดกิจกรรมประจำวันของฉัน	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
หลังหรือการผ่าตัดกระดูกสันหลังภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคเบาหวาน, ไม่ว่าจะอินซูลิน หรือควบคุมอาหาร หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
ใส่เลนส์ไม่ถูกแก้ไข ที่จำกัดความสามารถทางกายภาพของฉัน	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
แผลที่กำลังเป็นอยู่ หรือไม่ได้รับการรักษา, ปัญหาบาดแผล, หรือการผ่าตัดแผลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>

กล่อง G – ฉันทมี / เคยมี:		
การผ่าตัดทวารเทียม(Ostomy) และไม่มีภาระบุทางการแพทย์ ว่าว่ายาหรือมีส่วนรวมในการออกกำลังกาย	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
การขาดน้ำ จำเป็นต้องมีการแทรกแซงทางการแพทย์ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
แผลกระเพาะอาหารที่กำลังเป็นอยู่ หรือไม่ถูกรักษา หรือแผลในลำไส้หรือการผ่าตัดแผลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
กรดไหลย้อนเป็นประจำ, สำรอกอาหาร, หรือ โรคไหลย้อนจากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหาร (GERD).	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
โรคลำไส้อักเสบ (Ulcerative Colitis) หรือ โรคโครห์น Crohn's disease กำลังเป็นอยู่หรือไม่ได้รับการควบคุม	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
การผ่าตัดลดความอ้วนภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม (หรือหากผู้เยาว์จำเป็นต้องมีลายเซ็นของผู้ปกครอง / ผู้ดูแล) วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อผู้เข้าร่วม (ตัวบรรจง) วันเกิด (วัน/เดือน/ปี)