



House Rules / Non-Agency Disclosure and Acknowledgment Agreement

โปรดอ่านอย่างละเอียดและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องก่อนเซ็นชื่อ
นี่คือข้อตกลงระหว่าง บริษัท ช้างไดรวิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด และ

ชื่อ: _____

ข้าพเจ้า _____ ขอยืนยันว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของ บจก.ช้างไดรวิ่งฯ และกฎเกณฑ์ของบริษัท เมื่อใช้อุปกรณ์ที่บริษัทเป็นเจ้าของ และ
การให้บริการของ บจก.ช้างไดรวิ่งฯ โดยรวมถึงอุปกรณ์ดำน้ำ.

ข้าพเจ้า _____ จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น

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

หากคุณไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามแนวทางการดำน้ำที่ปลอดภัย หรือความตระหนักรู้ด้านสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลให้ถูกเรียกเลิกการดำน้ำของคุณ – ในกรณีนี้ไม่มีค่าธรรมเนียม

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

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

ข้าพเจ้า _____ เข้าใจว่าเมื่อข้าพเจ้าจองและดำเนินการเรียนหลักสูตร ข้าพเจ้าจ่ายเงินสำหรับการฝึกหลักสูตร ไม่ใช่เพื่อการได้รับ ใบรับรอง หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตาม
ได้ตรงตามข้อกำหนดของการรับ ใบรับรอง ผู้สอนจะไม่รับรองให้ผ่านหลักสูตร

_____ หากด้วยเหตุผลใดก็ตามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านประสิทธิภาพของหน่วยงานฝึกอบรม (PADI, SDI, TDI) ได้, ข้าพเจ้ามีตัวเลือกที่จะดำเนินการ
ฝึกอบรมต่อไปจนกว่าจะตรงตามข้อกำหนดการรับรอง – 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 และเพื่อดำเนินการอบรมที่
เกี่ยวกับการดำน้ำของ PADI, SDI และ TDI แต่ไม่ใช่ตัวแทน, พนักงาน, หรือแฟนไซต์ของ 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 ใน
ขณะที่ PADI, SDI หรือ TDI กำหนดมาตรฐานสำหรับ โปรแกรมการอบรมนักดำน้ำของ PADI, SDI หรือ TDI และ PADI, SDI หรือ TDI จะไม่รับผิดชอบ และไม่มีสิทธิ์ที่จะ
ควบคุมการดำเนินงานของกิจกรรมทางธุรกิจของสมาชิกและการดำเนิน โปรแกรมประจำวันของ PADI, SDI หรือ TDI และการดูแลนักดำน้ำโดยสมาชิกหรือพนักงานของ
สมาชิก

ข้าพเจ้า _____ ยังเข้าใจและตกลงอีกว่าในนามของข้าพเจ้า ทายาทของข้าพเจ้า และตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า ในกรณีที่ข้าพเจ้าเกิดบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในระหว่าง
ที่ทำการดำน้ำ ข้าพเจ้าและตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องให้ PADI, SDI หรือ TDI รับผิดชอบสำหรับการกระทำที่หนึ่งเลยหรือการละเลยของ บริษัท ช้าง
ไดรวิ่ง 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

Tech Diving

หลักสูตร _____ เป็นหลักสูตรที่คุณจะเข้าร่วม (มีเพียงหนึ่งหลักสูตรเท่านั้นที่สามารถระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้) โปรดอ่านอย่างละเอียด หากมีคำถามใด ๆ เกิดขึ้น ถามผู้สอนของคุณก่อนที่จะลงนาม กรอกข้อมูลและชื่อแต่ละย่อหน้าก่อนลงชื่อที่ด้านล่าง

ข้าพเจ้า, _____, ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการแนะนำและแจ้งอย่างละเอียดถึงอันตรายจากการดำน้ำเทคนิค (technical scuba diving)

_____ นอกเหนือจากนี้ ข้าพเจ้า เข้าใจว่าการดำน้ำแบบใช้อากาศที่มีความดัน, อากาศผสมออกซิเจนพิเศษ(Nitrox), ออกซิเจน(Oxygen) หรือ Trimix ระบบเปิด กึ่งเปิด ระบบปิด จากถังอากาศ อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงบางชนิด เช่น โรคเกี่ยวกับความดัน (Decompression Sickness), อาการปอดฉีก(embolism)หรือการบาดเจ็บจากกา รดำน้ำในที่มีความกดอากาศสูง, ออกซิเจนเป็นพิษ (oxygen toxicity), ภาวะซึมจากก๊าซเฉื่อย(inert gas narcosis), การขาดออกซิเจน(hypoxia), ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือดสูง(hypercapnia), การบาดเจ็บจากสัตว์ทะเล หรือ การบาดเจ็บ จากแรงกดดันที่มากขึ้น(barotrauma) หรืออาการบาดเจ็บที่ต้องใช้ออกซิเจนบำบัด ซึ่งจำเป็นต้อง ได้รับการรักษาในห้อง ปรับความดัน ข้าพเจ้าทราบดีว่าเพื่อที่จะเข้าร่วมกิจกรรมดำน้ำนี้ จำเป็นต้องมีการออกไปดำน้ำในทะเล ในจุดซึ่งห่างไกลจากสถานที่ที่มีห้องปรับความดัน แต่ข้าพเจ้าก็สมัครใจที่จะไปดำน้ำ ณ สถานที่นั้น

ข้าพเจ้า เข้าใจและยอมรับว่าผู้สอน, สถานที่สอนดำน้ำที่ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา บริษัท ช้างไดร์ วิ่งเซ็นเตอร์ จำกัด, พนักงานเจ้าหน้าที่ของสถานที่สอนดำน้ำที่ ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา, บริษัท ช้างไดร์ วิ่งเซ็นเตอร์ จำกัด, International Training และ Technical Diving International, หรือเจ้าหน้าที่,กรรมการ,ผู้ถือหุ้น, บริษัท ใน เครือ,พนักงาน,ตัวแทน,หรือ ผู้ได้รับมอบหมายของนิติบุคคลที่ระบุไว้ข้างต้นและ / หรือนักเรียน,และผู้เขียนของวัสดุใด ๆ รวมถึงข้อความและตารางที่ใช้อย่างชัดเจน สำหรับ การฝึกอบรมและการรับรอง (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้ปลดความรับผิดชอบ" Released Parties) ไม่ต้องรับผิดชอบหรือชดใช้ค่าเสียหายใดๆ ไม่ว่าในกรณีใดสำหรับการ บาดเจ็บ การเสียชีวิตหรือความเสียหายอื่น ๆ ต่อทายาทของข้าพเจ้าหรือครอบครัว, หรือผู้รับมอบหมายที่อาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของข้าพเจ้า ในการฝึกอบรมเรียนดำน้ำนี้ หรือเป็นผลมาจากความประมาทเลินเล่อของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรวมถึงผู้ปลดความรับผิดชอบที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบ ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม

จากการที่ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้เข้ารับการฝึกดำน้ำนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีแล้วว่า ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกสิ่งที่ กล่าว มา ข้างต้น สำหรับอันตรายการบาดเจ็บหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า ในขณะที่ข้าพเจ้าลงทะเบียนเป็นนักเรียนของหลักสูตรนี้ ทั้งความเสี่ยงที่คาดเดาได้ และความเสียหายที่คาดเดาไม่ได้ ในขณะที่กำลังรับการฝึกดำน้ำนี้

ข้าพเจ้า ยังตกลงที่จะช่วยเหลือ, ปกป้อง, ชดใช้ค่าเสียหายและไม่ทำอันตรายใด ๆ กับฝ่ายปลดความรับผิดชอบจากการเรียกร้องหรือฟ้องร้องจาก ข้าพเจ้า, ใคร ก็ตามที่ตั้งใจจะทำหน้าที่ในนามของข้าพเจ้า, ครอบครัว, ผู้รับมรดก, ทายาท หรือผู้รับมอบหมาย ที่เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมจากกิจกรรมการมีส่วนร่วม และการดำน้ำของ ข้าพเจ้า รวมถึงการเรียกร้องที่เกิดขึ้นระหว่างกิจกรรมนี้และหลังจากที่ข้าพเจ้าได้รับประกาศนียบัตรแล้ว แม้ว่า การอ้างสิทธิ์ดังกล่าวอาจไม่มีเหตุผลเท็จ หรือหลอกลวง

ข้าพเจ้า ยังเข้าใจว่ากิจกรรมการดำน้ำนั้น ใช้ความแข็งแรงทางร่างกาย และข้าพเจ้าต้องใช้ความพยายามอย่างหนัก ในระหว่างการดำน้ำนี้ และหากข้าพเจ้าได้ รับผิดชอบจากอาการ โรควิวใจเฉียบพลัน,ดินตระหนก,ภาวะระบายลมหายใจเกิน (Hyperventilation), ความเป็นพิษของออกซิเจน, ภาวะซึมจากก๊าซเฉื่อย(inert gas narcosis),จมน้ำ ฯลฯ ถือว่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บดังกล่าวนั้นชัดเจน และข้าพเจ้าจะไม่เรียกความรับผิดชอบต่อบุคคลหรือ บริษัท ที่อยู่ในรายการข้างต้น และข้าพเจ้า ตกลงที่จะป้องกัน,ชดใช้ค่าเสียหายและไม่ทำอันตรายใด ๆ เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า เข้าใจว่ากิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ ข้าพเจ้าเสี่ยงกว่าที่ข้าพเจ้าจะสามารถขึ้นสู่ด้านบนได้ด้วยตัวเปล่า (โดยไม่มีอากาศหายใจ)

ข้าพเจ้า เข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจต้องจัดหาอุปกรณ์ของตัวเอง และข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสภาพการทำงานและการบำรุงรักษาของอุปกรณ์

ข้าพเจ้า ยังระบุด้วยว่าข้าพเจ้ามีอายุบรรลุนิติภาวะและมีความสามารถตามกฎหมายในการลงนามในการเปิดเผยความรับผิดชอบนี้ หรือข้าพเจ้าได้รับความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า กล่าวต่อไปว่าข้าพเจ้าเป็นนักดำน้ำที่ผ่านการรับรองและผ่านการรับรองจากหน่วยงานฝึกอบรมดังต่อไปนี้:

_____, และข้าพเจ้าได้รับการฝึกอบรมจนถึงระดับ _____ ข้าพเจ้าตระหนักว่าจำเป็นต้องมี ระดับการรับรองที่จำเป็นและ / หรือประสบการณ์ที่จำเป็น และแนะนำให้ลงทะเบียน ในกิจกรรมการดำน้ำนี้ และข้าพเจ้าระบุว่าข้าพเจ้า ปฏิบัติตามข้อกำหนดสำหรับการรับรองก่อนหน้า หรือประสบการณ์ที่เทียบเท่า ข้าพเจ้าเป็นนักดำน้ำที่ได้รับการรับรองมาตั้งแต่ ปี _____ และดำน้ำมานาน _____ ปี รวมการดำน้ำ _____ ไตฟ์ จนถึงระดับความลึกสูงสุด _____ เมตร.

ข้าพเจ้า เข้าใจว่าข้อกำหนดในที่นี้เป็นสัญญา และไม่ใช้เพียงการบรรยายอย่างเดียว และข้าพเจ้าได้ลงนาม ในเอกสารนี้ด้วยการกระทำของข้าพเจ้าเอง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่า ในกรณีที่บทบัญญัติของข้อตกลงนี้หนึ่งประการหรือมากกว่า, ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม, ถูกจัดขึ้น โดยศาลของศาลที่มีอำนาจว่าไม่ถูกต้อง หรือ ไม่สามารถบังคับ ใช้ได้ในทุกด้าน, การไม่ถูกต้องเช่น ผิดกฎหมายหรือไม่ผลบังคับ ใช้ จะไม่ส่งผลกระทบต่อบทบัญญัติอื่นใด ในที่นี้ และข้อตกลงนี้จะถูกตีความร่วมกับ ไม่ ถูกต้อง,ผิดกฎหมาย หรือบทบัญญัติที่ไม่สามารถบังคับ ใช้ได้ หรือบทบัญญัติที่ไม่เคยมีอยู่ในที่นี้

ด้วยเจตนารมณ์ของ _____ โดยตราสารนี้เพื่อละเว้นและปลดปล่อยความรับผิดชอบกับ อาจารย์ผู้สอน, เจ้าหน้าที่ ของบริษัท ช้างไดร์วิ่ง เซ็นเตอร์ จำกัด (และคนอื่น ๆ, _____), สถานที่สอนดำน้ำที่ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา, บริษัท ช้าง ไดร์ วิ่งเซ็นเตอร์ จำกัด, หน่วยงานฝึกอบรม INTERNATIONAL TRAINING และ TECHNICAL DIVING INTERNATIONAL, และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และฝ่ายที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบตามที่กำหนดข้างต้น, จากความรับผิดชอบหรือความรับผิดชอบทั้งหมดไม่ว่าจะได้รับความเสียหายส่วนบุคคล, ความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือการเสียชีวิตที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม, หรือเกิดขึ้นจาก, โดยตรงหรือ โดยอ้อม, รวมถึง,แต่ไม่จำกัด เพียง, ความประมาทของฝ่ายที่ได้รับการปล่อยความรับผิดชอบ ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงเนื้อหาทั้งหมดของการปลดปล่อย ความรับผิดชอบนี้ และข้อสันนิษฐานของความเสี่ยง โดยการอ่านมัน ก่อนที่จะลงนาม ในนามของตัวเองและทายาทของข้าพเจ้า

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วม / วันที่ (วัน.เดือน.ปี)

ลายเซ็นของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (ที่ใช่บังคับ) / 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. แบบฟอร์มนี้ได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเป็นการกลั่นกรองเบื้องต้นสำหรับนักดำน้ำใหม่ 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"/>
ไม่สามารถออกกำลังกายเบาๆได้ (เช่นเดิน 1.6 กม. ในเวลา 14 นาที หรือว่ายน้ำ 200เมตร โดยไม่ต้องพักผ่อน), หรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายตามปกติเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพหรือร่างกาย ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหาเกี่ยวกับตา,หู หรือ โพรงจมูก / ไชนัส	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง C	ไม่ <input type="checkbox"/>
มีปัญหาเกี่ยวกับตา,หู หรือ โพรงจมูก / 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, ไหล่, แผลพุพอง, แผลมีหนอง, ฝี, หรือ โรคเบาหวาน	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. โปรดอ่านและยอมรับข้อความของผู้เข้าร่วมด้านล่างโดยการลงชื่อและลงวันที่

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, โปรดอ่านและยอมรับข้อความข้างต้นโดยการลงนามและลงวันที่ และนำทั้งสามหน้าของแบบฟอร์มนี้ (แบบสอบถามผู้เข้าร่วมและแบบฟอร์มการประเมินของแพทย์) ไปพบแพทย์เพื่อรับการประเมินทางการแพทย์. ในการเข้าร่วมในหลักสูตรดำน้ำ 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 และในปัจจุบันมีอาการไอบภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ <input type="checkbox"/>
ตุ่มมดโป่งพอง	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"/>
อาการปวดหัวไมเกรนที่เกิดขึ้นภายใน 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) และไม่มีกระบวนการทางการแพทย์ 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)