

ชื่อร้าน.....

ตั้งอยู่เลขที่.....เบอร์โทร.....

แบบประเมินความพร้อมด้านสุขภาพก่อนการเข้ารับบริการนวดเพื่อสุขภาพ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ

- เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่น ๆ / ไม่ประสงค์ระบุ
- ช่วงอายุ
☐ ต่ำกว่า 18 ปี ☐ 18–39 ปี ☐ 40–59 ปี ☐ 60 ปีขึ้นไป
- ผู้รับบริการเคยใช้บริการนวดเพื่อสุขภาพมาก่อนหรือไม่
☐ ไม่เคย
☐ เคย (มากกว่า 6 เดือน)
☐ เคย (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)

ส่วนที่ 2: การประเมินสุขภาพเบื้องต้นก่อนการนวด

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. อาการบาดเจ็บ	☐	☐
2. อาการเส้นเลือดอุดตัน อาการอักเสบแดงตามแนวเส้นเลือด	☐	☐
3. มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น	☐	☐
4. บาดแผลเปิด รอยโรคบนผิวหนังที่ยังไม่หายสนิท	☐	☐
5. การติดเชื้อ บริเวณที่มีการอักเสบ	☐	☐
6. ผ่าตัดน้อยกว่า 1 เดือน	☐	☐
7. อาการทางกระดูก เช่น กระดูกเปราะ/พรุน กระดูกแตกร้าวที่ยังติดไม่ดี	☐	☐
8. มีประวัติโรคมะเร็ง	☐	☐
9. มีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว	☐	☐
10. การตั้งครรภ์	☐	☐

ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และเข้าใจว่าข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่อปรับรูปแบบการนวดให้เหมาะสม และข้าพเจ้าได้รับทราบ bahwa แบบประเมินนี้ใช้เพื่อความปลอดภัยในการให้บริการ

ส่วนที่ 3: (ส่วนของทางร้าน) เห็นว่าผู้รับบริการ สามารถรับบริการนวดได้ หรือไม่

- ☐ สามารถรับบริการได้ตามปกติ
- ☐ สามารถรับบริการได้ โดยควรปรับรูปแบบการนวดให้เหมาะสม
กรณีปรับรูปแบบการนวด (ถ้ามี): ☐ ลดแรง ☐ หลีกเลี่ยงบางบริเวณ..... ☐ ลดระยะเวลา ☐ อื่น ๆ
- ☐ ควรชะลอการให้บริการ และแนะนำให้ผู้รับบริการพิจารณาปรึกษาหน่วยบริการสุขภาพ

วันที่เข้ารับบริการ: / / เวลาเริ่มบริการ: : น.

ระยะเวลาให้บริการ.....ชั่วโมง ชื่อพนักงานนวดที่ให้บริการ :.....