

(ตัวอย่าง)

แบบประเมินคัดกรองผู้รับบริการก่อนการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อสถานที่..... วันที่.....

วัตถุประสงค์: แบบสอบถามก่อนเข้าใช้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนี้ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มาใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้การบริการทางสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์.....

ที่ตั้งเลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1.	มีไข้สูงเกิน 38.3 องศาเซลเซียส			
2.	สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระยะ 10 วันที่ผ่านมา			
3.	ท่านมีอาการและโรคห้ามνωดเหล่านี้หรือไม่			
	3.1 มีอาการบาดเจ็บ			
	3.2 มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือด เช่น อาการเส้นเลือดอุดตัน อาการอักเสบแดงตามแนวเส้นเลือด ซึ่งอาจมีก้อนเลือดเคลื่อนที่ไปยังบริเวณอื่น ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจและสมองได้			
	3.3 มีความดันโลหิตสูง ที่มีค่า systolic pressure (ตัวบน) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ diastolic pressure (ตัวล่าง) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg และมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน			
	3.4 มีรอยโรคบนผิวหนังที่ยังไม่หายสนิท อาจทำให้แผลแยกหรือติดเชื้อผ่านทางน้ำเหลืองมาถึงตัวผู้νωดได้			
	3.5 มีการติดเชื้อหรือบริเวณที่มีการอักเสบ เพราะจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อและอักเสบมากขึ้น			
	3.6 มีการผ่าตัดน้อยกว่า 1 เดือน			
	3.7 มีอาการเกี่ยวกับกระดูก เช่น กระดูกเปราะ กระดูกพรุน กระโถกแตกที่ยังไม่ติดไม่ดี			
	3.8 โรคมะเร็ง เพราะการνωดจะกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งแพร่กระจายได้			
	3.9 มีการเปลี่ยนข้อต่อ ต้องทำด้วยความระมัดระวัง ผู้ให้บริการต้องมีความรู้และความชำนาญ			
	3.10 สตรีมีครรภ์			
4.	โรคหัวใจ เบาหวาน ลมบ้าหมู อาการทางประสาท			
5.	แพ้เครื่องสำอาง/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร/ยา ระบุ.....			

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....) (.....)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เพื่อความปลอดภัยของท่านก่อนรับบริการนวด
กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่หากท่านมีปัญหาสุขภาพ

Please indicate if you have any of following condition?

แพ้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวมาก่อน	Allergies, or reaction to any skin care products?
เป็นโรคผิวหนัง ผื่นอักเสบ แพ้ หรือระคายเคือง	Dermatitis, eczema or any other skin rash or irritation?
เส้นเลือดขอด	Varicose veins?
มีปัญหาหัวใจ	Heart condition?
ความดันสูงหรือต่ำ	High or low blood pressure?
โรคลมบ้าหมู หรืออาการทางประสาท	Epilepsy, or other nervous condition?
ข้ออักเสบ โรคกระดูก หรือปัญหาที่ข้อกระดูก	Arthritis, osteoporosis or other bone or join condition?
ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา	Have you had any operation in the last 6 months?
กำลังตั้งครรภ์	Are you pregnant?
กำลังรับการบำบัดทางการแพทย์ อื่นๆ	Do you have any serious medical condition?