

Health questionnaire

แบบสอบถามสุขภาพก่อนออกกำลังกาย

Please complete this form before your first session. Your answers help Papawadee decide which exercises are safe for you and design a program that suits you. Everything you write here is kept private.

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ก่อนการฝึกครั้งแรก คำตอบของคุณจะช่วยให้เทรนเนอร์เลือกท่าออกกำลังกายที่ปลอดภัย และออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับคุณ ข้อมูลทั้งหมดในแบบฟอร์มนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ

1 Your details ข้อมูลส่วนตัว

Full name

ชื่อ-นามสกุล

Nickname

ชื่อเล่น

Date of birth

วันเดือนปีเกิด

Phone

เบอร์โทรศัพท์

LINE ID

ไอดีไลน์

Email

อีเมล

Emergency contact

ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

Name

ชื่อ

Relationship

ความสัมพันธ์

Phone

เบอร์โทรศัพท์

☐ My emergency contact has agreed to be contacted if I am hurt or unwell during a session. ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉินของข้าพเจ้ายินยอมให้ติดต่อได้ หากข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บหรือไม่สบายระหว่างการฝึก

2 Your training การฝึกของคุณ

Which services are you interested in? Tick all that apply.

คุณสนใจบริการใด (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

☐ Personal training at home

เทรนส่วนตัวที่บ้าน

☐ Private Pilates

พลาทิสแบบส่วนตัว

☐ Personal training in my condo gym

เทรนส่วนตัวที่ฟิตเนสคอนโด

☐ Duo Pilates

พลาทิสแบบคู่

☐ Personal training at my gym

เทรนส่วนตัวที่ยิมของคุณ

☐ Group reformer class

คลาสรีฟอร์มเมอร์แบบกลุ่ม

☐ Online coaching

โค้ชออนไลน์

What are your goals?

เป้าหมายของคุณคืออะไร

- | | |
|--|---|
| ☐ Lose fat
ลดไขมัน | ☐ Reduce back pain or office syndrome
ลดอาการปวดหลังหรือออฟฟิศซินโดรม |
| ☐ Build muscle
เพิ่มกล้ามเนื้อ | ☐ Improve posture
ปรับบุคลิกและท่าทาง |
| ☐ Get stronger
เพิ่มความแข็งแรง | ☐ Other
อื่นๆ |
| ☐ Improve flexibility and mobility
เพิ่มความยืดหยุ่นและการเคลื่อนไหว | |

How many days a week do you exercise now, and what do you do?

ปัจจุบันคุณออกกำลังกายกี่วันต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายแบบใด

About how many hours a day do you sit, for work, study or driving?

ในแต่ละวันคุณนั่ง (ทำงาน เรียน หรือขับรถ) ประมาณกี่ชั่วโมง

3 Health check คัดกรองสุขภาพ

Please answer Yes or No to each question.

โปรดตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ในแต่ละข้อ

Question คำถาม	Yes ใช่	No ไม่ใช่
1 Has a doctor ever told you that you have a heart condition or high blood pressure? แพทย์เคยบอกว่าคุณมีโรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูงหรือไม่	☐	☐
2 Do you ever feel pain in your chest at rest, during daily activities, or when you exercise? คุณเคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก ขณะทำกิจวัตรประจำวัน หรือขณะออกกำลังกายหรือไม่	☐	☐
3 In the past 12 months, have you lost your balance because of dizziness, or lost consciousness? ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยเสียการทรงตัวเพราะเวียนศีรษะ หรือหมดสติหรือไม่	☐	☐
4 Do you have any other long-term medical condition, such as diabetes, asthma, lung disease, epilepsy, cancer or osteoporosis? คุณมีโรคประจำตัวอื่น เช่น เบาหวาน หอบหืด โรคปอด โรคลมชัก มะเร็ง หรือกระดูกพรุนหรือไม่	☐	☐
5 Do you take any prescribed medication regularly? คุณรับประทานยาที่แพทย์สั่งเป็นประจำหรือไม่	☐	☐
6 Do you have a bone, joint or muscle problem (for example back, neck, shoulder or knee) that could get worse with exercise? คุณมีปัญหาระดูก ข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ (เช่น หลัง คอ ไหล่ หรือเข่า) ที่อาจแย่ลงจากการออกกำลังกายหรือไม่	☐	☐
7 Has a doctor ever said you should only exercise under medical supervision? แพทย์เคยแนะนำให้คุณออกกำลังกายภายใต้การดูแลทางการแพทย์เท่านั้นหรือไม่	☐	☐

Question คำถาม	Yes ใช่	No ไม่ใช่
8 Are you pregnant, or have you given birth in the past 12 months? คุณกำลังตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	☐	☐
9 Have you had surgery in the past 12 months? คุณได้รับการผ่าตัดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	☐	☐
10 Have you been diagnosed with scoliosis? If you know the angle of the curve, please write it below. คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกสันหลังคดหรือไม่ หากทราบองศาความคด โปรดระบุด้านล่าง	☐	☐
11 Do you have pain anywhere in your body at the moment? If yes, please say where and how bad it is, from 0 (none) to 10 (worst). ปัจจุบันคุณมีอาการปวดส่วนใดของร่างกายหรือไม่ หากมี โปรดระบุตำแหน่งและระดับความปวด ตั้งแต่ 0 (ไม่ปวด) ถึง 10 (ปวดมากที่สุด)	☐	☐

If you answered Yes to any question, please give details: the condition or injury, when it started, any treatment, and any medication. Papawadee may ask you to get clearance from your doctor before you start.

หากคุณตอบ "ใช่" ข้อใดข้อหนึ่ง โปรดให้รายละเอียด เช่น โรคหรืออาการบาดเจ็บ เริ่มเป็นเมื่อใด การรักษา และยาที่ใช้ เทรนเนอร์อาจขอให้คุณได้รับการรับรองจากแพทย์ก่อนเริ่มฝึก

Your doctor or physiotherapist, and hospital or clinic, if any
แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดที่คุณดูแล และโรงพยาบาลหรือคลินิก (ถ้ามี)

Food allergies or dietary needs, such as vegetarian or halal
อาหารที่แพ้หรือข้อจำกัดด้านอาหาร เช่น มังสวิรัติ ฮาลาล

4 Declaration คำรับรอง

I confirm that the information in this form is true and complete, to the best of my knowledge. I will tell Papawadee straight away if my health changes. I understand that exercise carries some risk of injury, and that I should stop and tell her if I feel pain, dizziness or anything unusual. I have read the ND Fitness Terms of Service at ndfitness.info/terms.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและครบถ้วนตามความเป็นจริงเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้เทรนเนอร์ทราบทันทีหากสุขภาพของข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลง ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และจะหยุดพร้อมแจ้งเทรนเนอร์ทันทีหากรู้สึกเจ็บ เวียนศีรษะ หรือมีอาการผิดปกติ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อกำหนดการให้บริการของ ND Fitness ที่ ndfitness.info/terms แล้ว

5 Consent for your health information ความยินยอมในการใช้ข้อมูลสุขภาพ

Health information is sensitive personal data under Thailand's Personal Data Protection Act. We need your explicit consent to collect and use it.

ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีอ่อนไหวตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เราจึงต้องได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากคุณก่อนเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลนี้

☐ I give my explicit consent for Papawadee Ongworawut (ND Fitness) to collect and use the health information in this form, and any health information I give her later, to assess whether exercise is safe for me and to design and adjust my training. She will not share it without my consent, except in an emergency or where the law requires it. She will keep it for up to 12 months after my last session and then delete it. I can withdraw this consent at any time by LINE or email. I understand that if I withdraw it, she may not be able to keep training me safely. More details are in the Privacy Policy at ndfitness.info/privacy.

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง แก่ ปกาวดี องค์กรวูต (ND Fitness) ในการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลสุขภาพในรูปแบบฟอร์มนี้ รวมถึงข้อมูลสุขภาพที่ข้าพเจ้าจะให้เพิ่มเติมในภายหลัง เพื่อประเมินความปลอดภัยในการออกกำลังกาย และเพื่อออกแบบและปรับโปรแกรมการฝึกของข้าพเจ้า ข้อมูลนี้จะไม่ถูกเปิดเผยแก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินหรือตามที่กฎหมายกำหนด ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ไม่เกิน 12 เดือนนับจากการฝึกครั้งสุดท้าย แล้วจึงลบทิ้ง ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อผ่านทางไลน์หรืออีเมล และเข้าใจว่าหากถอนความยินยอม เทรนเนอร์อาจไม่สามารถฝึกให้ข้าพเจ้าต่อไปได้อย่างปลอดภัย รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่ ndfitness.info/privacy

Photos and videos, optional

ภาพถ่ายและวิดีโอ (ไม่บังคับ)

☐ I agree that Papawadee may take photos or videos of me while I exercise, to check my technique and track my progress. They are for my training only and will not be shared. ข้าพเจ้ายินยอมให้เทรนเนอร์ถ่ายภาพหรือวิดีโอขณะข้าพเจ้าออกกำลังกาย เพื่อใช้ตรวจท่าทางและติดตามความก้าวหน้าในการฝึกของข้าพเจ้าเท่านั้น และจะไม่นำไปเผยแพร่

Papawadee will always ask you separately, each time, before sharing any photo, video or testimonial on the website or social media.

หากต้องการนำภาพ วิดีโอ หรือคำรีวิวของคุณไปเผยแพร่บนเว็บไซต์หรือโซเชียลมีเดีย เทรนเนอร์จะขออนุญาตจากคุณแยกต่างหากทุกครั้ง

6 Signature ลงนาม

Client signature

ลายมือชื่อผู้รับการฝึก

Name

ชื่อ

Date

วันที่

Parent or guardian, for clients under 20

ผู้ปกครอง (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี)

As the parent or guardian of the client named above, I agree to them training with ND Fitness, and I give the consents ticked in section 5 on their behalf.

ข้าพเจ้าในฐานะบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของผู้รับการฝึกข้างต้น ยินยอมให้เข้ารับการฝึกกับ ND Fitness และให้ความยินยอมตามที่เลือกไว้ในข้อ 5 แทนผู้รับการฝึก

Parent or guardian signature

ลายมือชื่อผู้ปกครอง

Name and relationship

ชื่อและความสัมพันธ์

Date

วันที่

Returning this form: bring it to your first session, or send a clear photo of every page to Papawadee by LINE or email.

การส่งแบบฟอร์ม: นำมาในวันฝึกครั้งแรก หรือถ่ายภาพทุกหน้าให้ชัดเจนแล้วส่งให้เทรนเนอร์ทางไลน์หรืออีเมล

For trainer use สำหรับเทรนเนอร์

Doctor's clearance
needed?

ต้องมีใบรับรองแพทย์หรือไม่

☐ Yes / ใช่ ☐ No / ไม่ใช่

Clearance received

วันที่ได้รับใบรับรอง

Delete health records
after

ลบข้อมูลสุขภาพหลังวันที่

Form reviewed

วันที่ตรวจสอบ