

國立政治大學肌肉骨骼症狀調查表

第一部份 基本資料 (以下問題選項有者，請依實際情況勾選)

- 1.填表日期：_____年_____月_____日
- 2.單位：_____
- 3.姓名：_____
- 4.職稱：_____
- 5.性別： (1)男 (2)女
- 6.員工代碼：_____
- 7.出生日：_____年_____月_____日
- 8.年齡：_____歲
- 9.身高：_____公分
- 10.體重：_____公斤
- 11.慣用手： 左手 右手
- 12.工作年資：包括以前所任職機構，您工作至今已有多久？_____年_____月
不包括以前所任職機構，您在政大工作已有多久？_____年_____月
您擔任目前工作已有多久？_____年_____月
- 13.工作型態： 固定白班 輪班制 其他_____
- 14.您一星期的工作天數為多少天？_____天
- 15.您平均一天的工作時間為多少小時？_____小時
- 16.您平均每週的工作時間為多少小時？_____小時

第二部份 健康生活習慣


- 1.通常一個星期中，從事身體活動連續10分鐘以上，當天累積達30分鐘有幾天？
 0天 1天 2天 3天 4天 5天 6天 7天
- 2.從以前到現在為止，請問您吸菸總共有超過五包(約100支)嗎？
 從未抽過菸 吸菸，但未超過5包 吸菸，且超過5包 曾吸菸，但已戒菸
- 3.您是否有嚼檳榔的習慣？
 無 一週不到1天 一週1-3天 一週4-6天 幾乎每天
- 4.您是否有喝酒的習慣？
 無 一週不到1天 一週1-3天 一週4-6天 幾乎每天

第三部份 症狀調查

- 1.您在過去的1年內，身體是否有長達2星期以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？
 否 是 (若否，結束此調查表；若是，請繼續填寫下列表格。)
- 2.您的症狀持續多久時間？
 1個月 3個月 6個月 1年 3年 3年以上
- 3.您的症狀為？
 酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮
 其他(請說明) _____












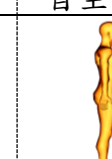
背面尚有問卷

4.下圖人體部位圖，請將身體各部位的酸痛、不適程度或影響關節活動能力，參考「填表說明」於身體各部位欄位處依其酸痛不適程度或影響關節活動能力勾選。

不痛						完全自主無活動	不痛						完全自主無活動	
0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上背
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左肩		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右肩
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左手肘/ 左前臂		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右手肘/ 右前臂
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左手/ 左手腕		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下背
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左臀/ 左大腿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右手/ 右手腕
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左膝		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右臀/ 右大腿
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左腳踝/ 左腳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右膝
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		背面觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右腳踝/ 右腳

填表說明：下列任何部位請以酸痛不適程度或影響關節活動能力評斷，任選分數高者。

● 酸痛不適程度或影響關節活動能力：(以肩關節為例)

	0	1	2	3	4	5
身體活動容忍尺度						
	不痛	可以忽略	可能影響工作	影響工作	影響自主活動能力	完全無法自主活動
關節活動範圍						
	可自由活動	到極限會酸痛	超過一半會酸痛	只能活動一半	只能活動四分之一	完全無法自主活動

5.你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低 曾因此請假休養
連生活都受到影響 完全不能動作 其它(請說明) _____

6.您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次 半年以上才出現一次

7.您是否尋求治療？

- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥 敷藥
其他(請說明) _____

8.您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

- 全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚
與工作無關，原因是(請說明) _____