# 國立政治大學肌肉骨骼傷病認定紀錄表

**第一部份　基本資料**

| 單位 | 姓名 | 職稱 | 性別 | 年齡 | 身高 | 體重 | 慣用手 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| 工作內容 | 擔任目前工作年資 | 在政大工作年資 | 全部工作年資 |
|---|---|---|---|
| | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 |

**第二部份　肌肉骨骼症狀調查表摘要**(依調查表填寫內容摘要填入)

1.身體的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制的症狀持續時間：

□1個月　□3個月　□6個月　□1年　□3年　□3年以上

2.症狀為：□酸痛 □紅腫 □發麻 □刺痛 □半夜痛醒 □肌肉萎縮 □其他 _____

3.身體各部位的酸痛、不適程度或影響關節活動能力(肌肉骨骼症狀調查表結果)：

| 部位 | 症狀 | | | | | | 部位 | 症狀 | | | | | | 部位 | 症狀 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 頸 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 上背 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 下背 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 左肩 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 左手肘/左前臂 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 左手/左手腕 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 右肩 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 右手肘/右前臂 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 右手/右手腕 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 左臀/左大腿 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 左膝 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 左腳踝/左腳 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 右臀/右大腿 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 右膝 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 右腳踝/右腳 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

4.症狀的影響為：

□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_____

5.症狀出現頻率：

□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

6.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)_____

7.認為造成這些症狀的原因與目前的工作是否有關：

□全因工作造成的 □一部份與工作有關 □不清楚 □與工作無關_____

**第三部份　護理及勞安人員訪視**

| | | |
|---|---|---|
| 1.自述症狀及發生經過： | | |
| 2.訪視初步認定： | | |
| 3.其他： | | |
| 員工簽名： | 護理及勞安人員簽名： | 日期：<br>年　　月　　日 |

**第四部份　醫師認定及建議**

| 1.醫師綜合認定症狀是否與工作有關： | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 與工作無關 | | 無法確定此異常與工作之相關性 | | 可能與工作有關 | | 與工作有關 |
| 2.肌肉骨骼傷病調查危害等級： | | | | | | | |
| | 確診疾病 | | 有危害 | | 疑似有危害 | | 無危害 |
| 3.建議處理方式： | | | | | | | |
| | 調職 | | 優先改善 | | 簡易改善 | | 進階改善 |
| 4.其他： | | | | | | | |
| 醫師簽章： | | | | 日期：<br>年　　月　　日 | | | |

製表：　　組長：