表一

高雄榮民總醫院臺南分院肌肉骨骼不適症狀調查表

填寫日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.基本資料** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | | | | | 單位名稱 |  |
| 職稱 |  | | | | | | | | 部門分機 |  |
| 年資 | 年 | | | | | | | | 慣用手 | □左手 □右手 |
| 年齡 | 歲 | | | | | | | | 性別 | □男 □女 |
| 身高 | 公分 | | | | | | | | 體重 | 公斤 |
| 運動習慣 | 每次至少15分鐘：□幾乎沒有 □ 1次/週 □ 2次/週  □ 3次/週以上 | | | | | | | | | |
| **2.工作資料** | | | | | | | | | | |
| (1) 請問您從事該單位工作至今已有多久時間？ 年 月 | | | | | | | | | | |
| (2) 請問您的作業時間？  □正常班（08:00~17:00） □須輪夜間門診 □小夜班 □大夜班  □須輪三班 □其他班別（請說明） | | | | | | | | | | |
| (3) 請問您作業時是否會使用護具來保護自己？  □否  □是：請問您使用之護具種類為何？(可複選)  □腰夾 □護腕 □護肘 □護膝 □其它 | | | | | | | | | | |
| (4) 請問您是否曾因肌肉骨骼問題就醫過？  □否 □是，最常就醫科別： | | | | | | | | | | |
| (5) 請問您平時發生肌肉骨骼發生不適時，是否會貼痠痛藥布？  □否 □是，請填寫常貼之部位 | | | | | | | | | | |
| (6) 您在過去的1年內，身體是否有長達2星期以上的疲勞、痠痛、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)** | | | | | | | | | | |
| **3. 肌肉骨骼現況調查** | | | | | | | | | | |
| 定義說明：**頻繁**係指每週均發生、**經常**係指每月均發生、**有時**係指三個月內曾發生、**很少**係指半年內曾發生。 | | | | | | | | | | |
| (1) 請問您從事此行業前，肌肉骨骼酸是否有酸、疼、痛、麻木或活動困難的不適現象？ □頻繁 □經常 □有時 □很少 □沒有 | | | | | | | | | | |
| (2) 請問您從事此行業後，肌肉骨骼是否有酸、疼、痛、麻木或活動困難的不適現象？ □頻繁 □經常 □有時 □很少 □沒有 | | | | | | | | | | |
| (3) 請問您近一年來曾因肌肉骨骼不適而請假之天數？  □頻繁 □經常 □有時 □很少 □沒有 | | | | | | | | | | |
| (4) 請問您覺得您的的症狀對工作是否有影響？  □頻繁 □經常 □有時 □很少 □沒有 | | | | | | | | | | |
| (5) 請問您認為上述肌肉骨骼不適與工作有關嗎？  □絕對 □可能 □輕微 □不清楚 □與工作無關 | | | | | | | | | | |
| 總計分數： ，結果評估說明：以五分法計分(5~1)，再篩選風險等級，低度風險：2~10分、中度風險：11~19分、高度風險：20~25分。 | | | | | | | | | | |
| **4. 肌肉骨骼疼痛部位調查** | | | | | | | | | | |
| 說明：疼痛不適程度與關節活動範圍指數(以肩關節為例)  指數  0  1  2  3  4  5  Pain-Scale-Wong-Baker-color  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  疼痛不適程度  shoulder movementshoulder movementshoulder movementshoulder movement shoulder movement shoulder movement  可自由活動  到極限會酸痛  超過一半會酸痛  只能一半  只能1/4  完全無法自主活動  關節活動範圍 | | | | | | | | | | |
| 請問您曾發生疼痛之部位及程度，請參考下方人體圖勾選疼痛部位及程度  （可複選） | | | | | | | | | | |
| 疼痛不適程度與關節活動範圍指數 | | | | | | | | 2肌肉骨骼危害調查表(中)0630_頁面_2 | | |
| 部位 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 頸 | |  |  |  |  |  |  |
| 左肩 | |  |  |  |  |  |  |
| 右肩 | |  |  |  |  |  |  |
| 上背 | |  |  |  |  |  |  |
| 左手肘/前臂 | |  |  |  |  |  |  |
| 右手肘/前臂 | |  |  |  |  |  |  |
| 下背 | |  |  |  |  |  |  |
| 左手/手腕 | |  |  |  |  |  |  |
| 右手/手腕 | |  |  |  |  |  |  |
| 左臀/大腿 | |  |  |  |  |  |  |
| 右臀/大腿 | |  |  |  |  |  |  |
| 左膝 | |  |  |  |  |  |  |
| 右膝 | |  |  |  |  |  |  |
| 左腳/腳踝 | |  |  |  |  |  |  |
| 右腳/腳踝 | |  |  |  |  |  |  |
| 身體部位酸痛、不適或影響關節活動情形持續多久時間?  □1個月 □3個月 □6個月 □1年 □3年 □3年以上 | | | | | | | | | | |
| 結果評估說明：各部位3分以上列入管理。 | | | | | | | | | | |
| **5.其他症狀、病史說明：** | | | | | | | | | | |