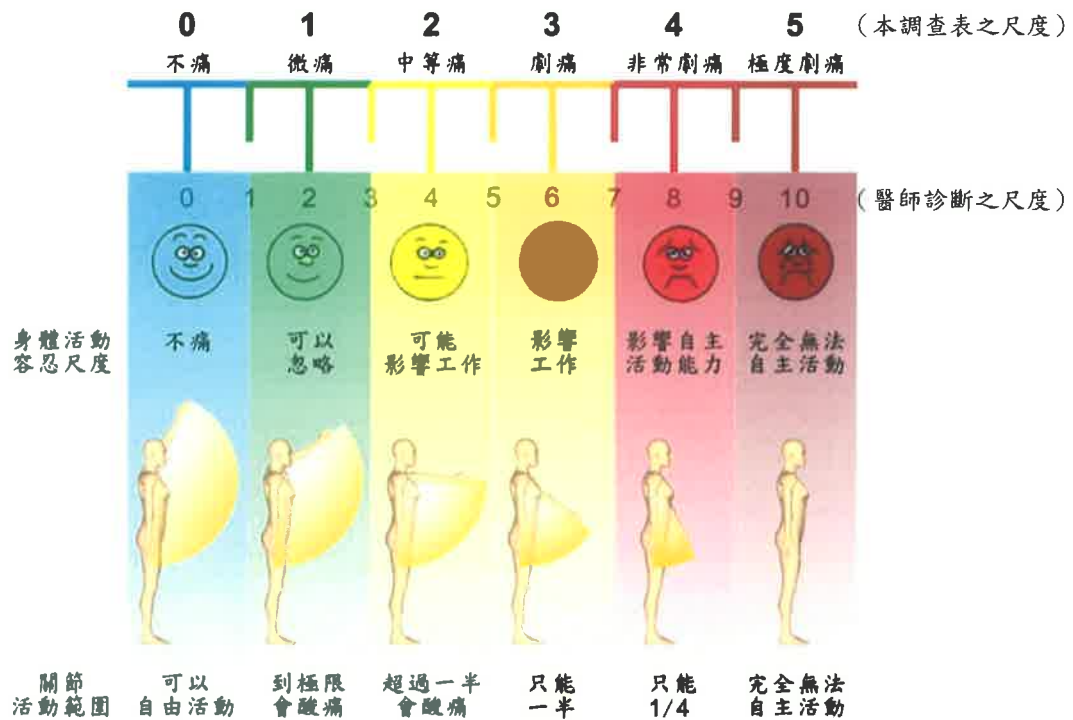


肌肉骨骼症狀調查表

A. 填表說明

下列任何部位請以酸痛不適與影響關節活動評斷。任選分數高者。

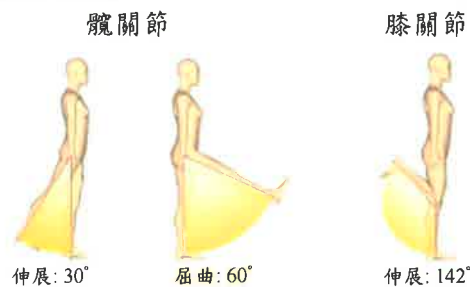
- 酸痛不適程度與關節活動能力：(以肩關節為例)



- 關節活動範圍參考：(以簡單的關節屈曲、伸展活動範圍作為說明)

關節活動範圍 (最大值)	屈曲	伸展	旋前	旋後	尺偏	橈偏
頸	70°	55°	-	-	-	-
肩	169°	60°	-	-	-	-
手肘/前臂	145°	1°	70°	85°	-	-
手/手腕	75°	70°	-	-	45°	25°
下背	75°	30°	-	-	-	-
臀/大腿	60°	30°	-	-	-	-
膝	142°	1°	-	-	-	-
腳/腳踝	13°	55°	-	-	-	-

- 以腕關節和膝關節為例：



肌肉骨骼症狀調查表

_____公司

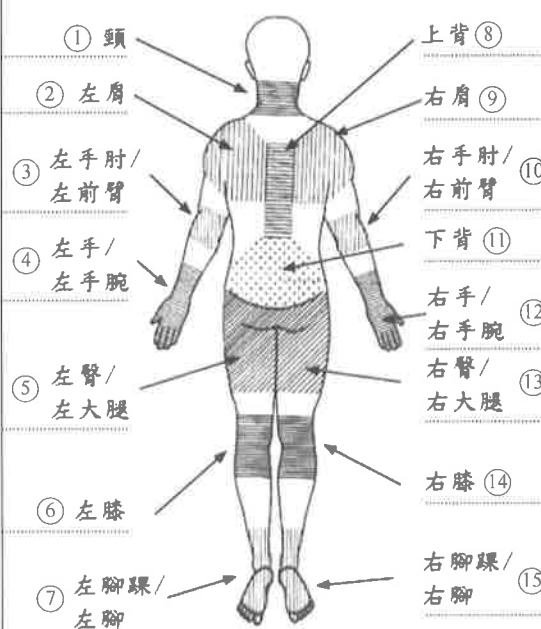
填表日期： / /

B. 基本資料

廠區	部門	課/組		作業名稱		職稱	
員工編號	姓名	性別	年齡	年資	身高	體重	慣用手
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手

- 您在過去的1年內，身體是否有長達1個月以上的疲勞、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。）
- 下表的身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？（以最嚴重之部位回答）
1個月 3個月 6個月 1年 3年 3年以上

C. 症狀調查表

不痛 0	1	2	3	4	5 極度劇痛	背面觀 	不痛 0	1	2	3	4	5 極度劇痛
① <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		① 頸	⑧ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 左肩	⑨ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 左手肘/ 左前臂	⑩ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ 左手/ 左手腕	⑪ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ 左臀/ 左大腿	⑫ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 左膝	⑬ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦ 左腳踝/ 左腳	⑭ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
可以自由活動					完全無法自主活動		可以自由活動					完全無法自主活動

D. 症狀、病史及其他說明

- 症狀、病史說明：（請將上表中最嚴重的1~3個部位之症狀、病史說明於下）
 編號 : _____
 編號 : _____
 編號 : _____
- 其他說明：

