

國立交通大學肌肉骨骼症狀調查表

填表日期：

一、基本資料

單位/科系名稱	學號/人事代號	姓名	職稱	性別
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齡	年資	身高	體重	慣用手
				<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手

二、症狀調查

- 您在過去的一年內，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？
 是（請繼續填寫下列表格） 否（結束此調查）
- 身體部位痠痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？
 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 3 年 3 年以上

三、填寫說明

請見右側分數判定方式，**超過 2 分**即代表已經可能影響到工作上的運行，**通常超過 3 分則代表關節活動度已經受限**，影響工作，因此，若您的工作造成您在身體上某個部位長期疼痛超過 3 分的情況下，強烈建議立即停止造成疼痛的工作方式，並盡快就醫找尋醫生與治療師的協助！

自我評估

0		不痛	關節可以自由活動。
1		微痛	關節活動到極限會酸痛，可以忽略。
2		中等痛	關節活動超過一半會酸痛，但是可以完成全部活動範圍，可能影響工作。
3		劇痛	關節活動只有正常人的一半，會影響工作。
4		非常劇痛	關節活動只有正常人的1/4，影響自主活動能力。
5		極度劇痛	身體完全無法自主活動。

正常 疼痛程度

<p style="text-align: center;">不痛 極度劇痛</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">背面觀</p>	<p style="text-align: center;">不痛 極度劇痛</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

● 其他症狀、疾病史說明：

四、 健康指導(醫護人員填寫)

~感謝您的填寫 衛保組關心您~