

附件二、肌肉骨骼症狀調查表

一、基本資料

系所/單位		作業名稱				職稱	
姓名		性別	年齡	年資	身高	體重	慣用手
		☐ 男 ☐ 女					☐ 左手 ☐ 右手

- 作業名稱：☐電腦文書行政☐知識技術傳授☐校園環境維護☐其他：
- 您的慣用手：☐左手☐右手
- 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？
☐是（請繼續填寫下列表格。）
☐否（結束此調查表。）
- 下表的身體部位痠痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？（以最嚴重部位為主）
☐1個月 ☐3個月 ☐6個月 ☐1年 ☐3年 ☐3年以上
- 身體痠痛不適情形，是否與工作有關？
☐是☐否

二、症狀調查

編號	0	1	2	3	4	5		編號	0	1	2	3	4	5
	不痛	輕微痛	中等痛	劇痛	非常劇痛	極度劇痛			不痛	輕微痛	中等痛	劇痛	非常劇痛	極度劇痛
①	☐	☐	☐	☐	☐	☐	① 頭	上背 ⑧	⑧	☐	☐	☐	☐	☐
②	☐	☐	☐	☐	☐	☐	② 左肩	右肩 ⑨	⑨	☐	☐	☐	☐	☐
③	☐	☐	☐	☐	☐	☐	③ 左手肘/左前臂	右手肘/右前臂 ⑩	⑩	☐	☐	☐	☐	☐
④	☐	☐	☐	☐	☐	☐	④ 左手/左手腕	下背 ⑪	⑪	☐	☐	☐	☐	☐
⑤	☐	☐	☐	☐	☐	☐	⑤ 左臀/左大腿	右手/右手腕 ⑫	⑫	☐	☐	☐	☐	☐
⑥	☐	☐	☐	☐	☐	☐	⑥ 左膝	右臀/右大腿 ⑬	⑬	☐	☐	☐	☐	☐
⑦	☐	☐	☐	☐	☐	☐	⑦ 左腳踝/左腳	右膝 ⑭	⑭	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	右腳踝/右腳 ⑮	⑮	☐	☐	☐	☐	☐	☐
可以自由活動							背面觀	完全無法自主活動						

三、症狀、病史及其他說明

● 請將上表中最嚴重1-3個部位之症狀、病史說明於下： (1) 編號 __: (說明: _____) (2) 編號 __: (說明: _____) (3) 編號 __: (說明: _____) ● 其他說明:
危害等級（此由職業衛生護理人員填寫）：☐確診疾病 ☐有危害 ☐疑似有危害 ☐無危害

填表人簽章：
職業衛生護理人員簽章：

日期： 年 月 日
日期： 年 月 日