

肌肉骨骼症狀調查表

一、基本資料					
姓名		部門單位		填寫日期	
員工編號		年齡		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身高	公分	體重	公斤	慣用手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
二、症狀調查					
<p>1. 您在過去1年內，身體是否有長達2星期以上的痠痛、發麻、刺痛、肌肉疲勞、關節活動限制等不適症狀？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是（若否，結束此調查表；若是，請繼續填寫）</p> <p>2. 請於下圖勾選各部位痠痛或不適症狀之嚴重度： （嚴重度說明：0 無症狀；1 輕微可忽略；2 顯著但不影響工作；3 影響工作但不需休假；4 影響工作且需休假少於四天；5 影響工作且需休假四天以上）</p>					
<p>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>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>3. 上圖最痠痛或不適之部位，症狀持續長達多久時間？ <input type="checkbox"/>2 星期 <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年以上</p> <p>4. 上圖痠痛或不適症狀，是否經常於工作後才出現或加劇？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>5. 近3個月您是否有因上述不適症狀而請假就醫？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請假_____天</p> <p>6. 您是否曾被醫師確診肌肉骨骼或神經系統相關疾病（需藥物、復健或手術治療）？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，診斷名稱：_____</p>					

為維護同仁權益及隱私，本文件所蒐集之健康資料，僅提供〇〇〇〇公司之醫護及職安人員，於執行勞工健康服務及後續實施健康管理措施之用，並依法留存紀錄。