

臺北基督學院肌肉骨骼症狀調查表

填表日期：____年____月____日

一.基本資料

姓名					身分證字號					
服務單位					外籍人士統一證號					
職稱					作業名稱					
性別		年齡		年資		身高		體重		慣用手
					電話	校內分機： 手機：				

1.您在過去的1年內，身體是否有長達2個星期以上的疲勞、痠痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？

否(若否，結束此調查表) 是(若是，請繼續填寫下列表格)

2.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？(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

二、症狀調查

不痛 0	1	2	3	4	極度 劇痛 5							不痛 0	1	2	3	4	極度 劇痛 5								
①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 頸	上背	⑧	⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 左肩	右肩	⑨	⑨	<input type="checkbox"/>	<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"/>	② 左肩	右肩	⑨	⑨	<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	右手肘/ 右前臂	⑩	⑩	<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"/>	③ 左手肘/ 左前臂	右手肘/ 右前臂	⑩	⑩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ 左手/ 左手腕	下背	⑪	⑪	<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"/>	④ 左手/ 左手腕	下背	⑪	⑪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ 左臀/ 左大腿	右手/ 右手腕	⑫	⑫	<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"/>	⑤ 左臀/ 左大腿	右手/ 右手腕	⑫	⑫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 左膝	右臀/ 右大腿	⑬	⑬	<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"/>	⑥ 左膝	右膝	⑭	⑭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦ 左腳踝/ 左腳	右腳	⑮	⑮	<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"/>	⑦ 左腳踝/ 左腳	右腳	⑮	⑮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	背面觀				<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							

三、症狀、病史及其他說明

(請將上表最嚴重的1~3個部位之症狀、病史說明於下)

編號_____：

編號_____：

編號_____：

其他說明：_____

肌肉骨骼症狀調查表填表說明

一、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)

身體活動 容忍 尺度						
	0分 不痛	1分 可以 忽略	2分 可能影 響工作 (如：痛 到影響 打字)	3分 影響工 作(如： 請假)	4分 影響自 主活動 能力	5分 完全無 法自主 活動
關節活 動範圍						
	0分 可自由 活動	1分 到極限 會痠痛	2分 超過一 半會痠 痛	3分 只能活 動 1/2	4分 只能活 動 1/4	5分 完全無 法自主 活動