

國立臺灣海洋大學附屬基隆海事高級中等學校 人因性危害預防計畫

108.12.23擴大行政會議修正後通過

109.7.14期末校務會議修正後通過

一、政策：

本校為維護校內工作者（教職員工與學生）的健康福祉，預防人因性危害及避免重複性作業導致肌肉骨骼傷病，特訂定本計畫，並經職業安全衛生委員會決議，報請校長核准，公告全體教職員生週知，共同推動。

二、目標

本計畫的目的在於促進校內工作者及利害相關者的健康福祉，預防及避免重複性肌肉骨骼傷病事件(人因性危害)，經本校職業安全衛生委員會議審議通過，報請校長核准，公告全體校內工作者週知，共同推動危害預防工作。

應用人因工程相關知識，預防校內工作者因長期暴露在設計不理想的工作環境、重複性作業、不良的作業姿勢或者工作時間管理不當下，引起工作相關肌肉骨骼傷害、疾病之人因性危害的發生。

三、職責分工

1. 職業安全衛生管理單位：擬訂、規劃、督導及推動預防肌肉骨骼傷害、疾病或其他危害之宣導及教育訓練指導，並指導有關部門實施。
2. 衛生保健單位：傷害調查或肌肉傷害狀況調查(如附件：「國立基隆高級海事職業學校肌肉骨骼傷害問卷」)。(NMQ)
3. 各單位行政管理與教學研究單位之工作場所負責人：依職權指揮、監督協調有關人員施行本計畫。
4. 校內工作者：配合本計畫實施，並做好自我保護措施。
5. 人因性危害預防計畫的規劃人員組織：職業安全衛生委員會。
6. 肌肉骨骼傷病調查人員組織：職業安全衛生委員會。
7. 人因性危害預防計畫的執行小組：職業安全衛生委員會。

四、計畫對象範圍

(一)計畫範圍：本校工作場所。

(二)計畫對象：本校全體教職員工生依危害調查之風險程度分階段推動。

(三)高風險族群：校園中以教室、辦公室及依各學科屬性所設之實驗及實習場所為主要作業環境。依相關作業內容進行分析，主要工作類型之人因危害因子可分四類(但不僅限於此)：

1. 電腦文書行政作業：利用鍵盤和滑鼠控制及輸入以進行電腦處理作業、書寫作業、電話溝通作業。
 - 鍵盤及滑鼠操作姿勢不正確。
 - 打字、使用滑鼠的重複性動作。
 - 長時間壓迫造成身體組織局部壓力。
 - 視覺的過度使用。
 - 長時間伏案工作。
 - 長時間以坐姿進行工作。
 - 不正確的坐姿。
2. 教師：主要作業內容為教學、授課。
 - 長時間以站姿進行工作。
 - 不正確的坐姿/立姿。
3. 實驗研究人員：
 - 長時間進行重複工作。
 - 不正確的工作姿勢。
 - 過度施力。
4. 技士/技佐/技工/工友：
 - 不正確的工作姿勢。
 - 過度施力。

五、計畫項目及實施：

人因性危害預防計畫之流程如圖 1 所示，本校各處室配合，需協助案例提職業安全衛生委員會議討論，尋求改善暨追蹤管控。

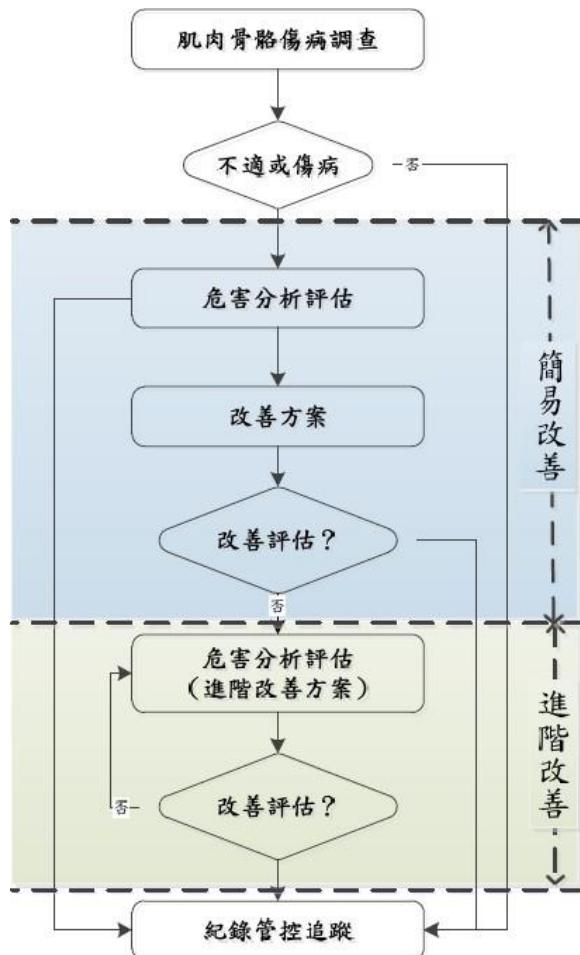


圖 1 人因性危害因子評估流程

1. 肌肉骨骼傷病及危害調查：（醫護人員） 傷病現況調查：

學校護理師與患者會談影響其患處之成因並協助轉介相關醫療門診評估是否為職災，醫護人員針對就醫的校內工作者詢問身體的疲勞、痠痛與不適的部位與程度，並瞭解其作業內容。

2. 改善方案：

依據評估結果，由職業安全衛生委員、校內工作者、作業主管、熟知人因工程危害之安全衛生管理人員）或外部專家一起共同討論或組成改善小組，擬訂具有可行性之改善方案。並建議該患者定期返診並存留其就診評估及就診結果。

六、考核與紀錄：

所有執行之經過與結果，均需實施文件化表單紀錄，以利考核程序，所有規劃與執行紀錄應至少留存 3 年備查。

七、本計畫經職業安全衛生委員會決議，報請校長核准後實施，修正時亦同。

國立臺灣海洋大學附屬基隆海事高級中等學校肌肉骨骼傷害問卷(NMQ)

填表日期：_____年_____月_____日

部門：_____

職稱：教師 職員 學生 其他

性別：男性

女性

第一部份個人基本資料

1. 您經常運動嗎？

不常 偶爾 至少每星期一次

2. 您有抽煙的習慣嗎？

沒有 偶爾抽 常抽，平均每天抽_____根

3. 您平時做事習慣使用哪一隻手？

右手 左手

第二部份工作資料

1. 您從事此一工作至今已有多久？_____年_____月（包括以前所任職之機構）

2. 您從事目前的工作已有多久？_____年_____月（不包括以前所任職之機構）

3. 您平均一天的工作時間為多少小時？_____小時

4. 您一天的工作時數為多少小時？_____小時

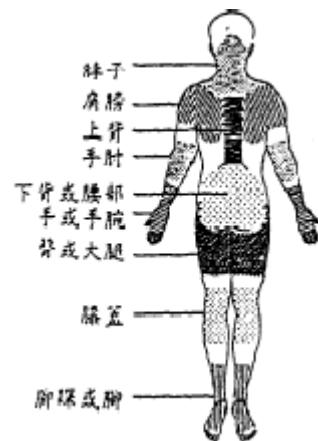
5. 您的工作時間內是否有安排休息時間？沒有 有，一天休息_____次，一次休息_____分鐘

6. 您一星期的工作天數為多少天？_____天

7. 您在最近一年之內，在工作中或工作後，身體有沒有任何不舒服的感覺？

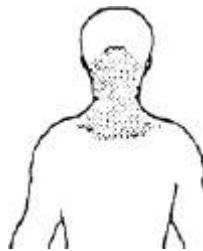
(1)脖子沒有 有(請繼續回答第三部份)

- (2) 肩膀 沒有 有 (請繼續回答第四部份)
- (3) 上背 沒有 有 (請繼續回答第五部份)
- (4) 腰部或下背 沒有 有 (請繼續回答第六部份)
- (5) 手肘 沒有 有 (請繼續回答第七部份)
- (6) 手或手腕 沒有 有 (請繼續回答第八部份)
- (7) 臀部或大腿 沒有 有 (請繼續回答第九部份)
- (8) 膝蓋 沒有 有 (請繼續回答第十部份)
- (9) 腳和腳踝 沒有 有 (請繼續回答第十一部份)
- (10) 以上各部位都沒有 (您可以就此停筆，謝謝您！)



第三部份脖子

右圖陰影區標示出脖子所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

- 現在
- 過去一個月
- 過去半年中
- 過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

- 1 個月
- 3 個月
- 6 個月
- 1 年
- 2 年
- 3 年
- 3 年以上

3. 您的症狀為？

- 酸痛
- 紅腫
- 發麻
- 刺痛
- 半夜痛醒
- 肌肉萎縮
- 其他(請說明)

你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作
- 稍微降低工作能力
- 工作能力明顯降低
- 曾因此請假休養
- 連生活都受到影響
- 完全不能動作
- 其它 _____ (請說明)

5. 您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現
- 約一星期一次
- 約一個月一次
- 約半年一次
- 半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

- 未予理會
- 曾動手術
- 曾復建
- 按摩
- 熱敷
- 冷敷
- 吃藥
- 敷藥
- 其他(請說明)

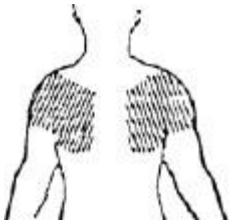
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

全因工作造成的一部份與工作有關不清楚

與工作無關，原因是_____ (請說明)

第四部份肩膀

右圖陰影區標示出肩膀所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左肩	右肩
<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p> <p><input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p> <p><input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次</p>

約一個月一次 約半年一次

半年以上才出現一次

6. 您是否曾尋求醫治?

未予理會 曾動手術 曾復建

按摩 熱敷 冷敷 吃藥

敷藥 其他 _____ (請說明)

7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?

全因工作所造成的

一部份與工作有關

不清楚其原因

無關，原因是 _____ (請說明)

約一個月一次 約半年一次

半年以上才出現一次

6. 您是否曾尋求醫治?

未予理會 曾動手術 曾復建

按摩 熱敷 冷敷 吃藥

敷藥 其他 _____ (請說明)

7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?

全因工作所造成的

一部份與工作有關

不清楚其原因

無關，原因是 _____ (請說明)

第五部份上背

右圖陰影區標示出上背所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

現在

過去一個月

過去半年中

過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

1 個月 3 個月 6 個月 1 年 2 年 3 年 3 年以上

3. 您的症狀為？

酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮

其他 _____ (請說明)

4. 你的症狀對您的影響為何？

完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低

曾因此請假休養 連生活都受到影響 完全不能動作

其它 _____ (請說明)

5. 您的症狀出現頻率為？

幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次

半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥

敷藥 其他 _____ (請說明)

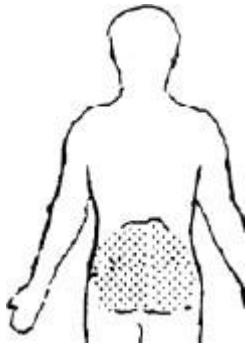
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

全因工作造成的一部份與工作有關不清楚

與工作無關，原因是_____ (請說明)

第六部份下背或腰部

右圖陰影區標示出下背與腰所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

- 現在
過去一個月
過去半年中
過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

- 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 2 年 3 年 3 年以上

3. 您的症狀為？

- 酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮
其他 _____ (請說明)

4. 你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低
曾因此請假休養 連生活都受到影響 完全不能動作
其它 _____ (請說明)

5. 您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次
半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
敷藥 其他 _____ (請說明)

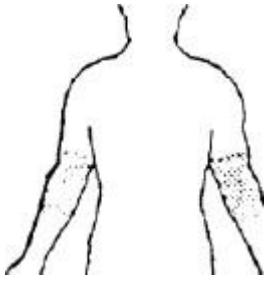
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

- 全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚

與工作無關，原因是_____ (請說明)

第七部份手肘

右圖陰影區示出手肘所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左手肘	右手肘
<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p> <p><input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p>

<p><input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次</p> <p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>
--	---

第八部份手或手腕

右圖陰影區示出手與手腕所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左手腕	右手腕
1. 您的症狀出現的時間為何? □現在 □過去一個月 □過去半年中 □過去一年中 □過去一年以上	1. 您的症狀出現的時間為何? □現在 □過去一個月 □過去半年中 □過去一年中 □過去一年以上
2. 您的症狀持續了多久? □1 個月 □3 個月 □6 個月 □1 年 □2 年 □3 年 □3 年以上 3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? □酸痛 □紅腫 □發麻 □刺痛 □半夜痛醒 □肌肉萎縮 □其他 _____ (請說明)	2. 您的症狀持續了多久? □1 個月 □3 個月 □6 個月 □1 年 □2 年 □3 年 □3 年以上 3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? □酸痛 □紅腫 □發麻 □刺痛 □半夜痛醒 □肌肉萎縮 □其他 _____ (請說明)
4. 您的症狀對您的影響為何? □完全不影響生活與工作 □工作能力稍微降低 □工作能力明顯降低 □曾經因此請假休養 □連生活都受到影響 □其他 _____ (請說明)	4. 您的症狀對您的影響為何? □完全不影響生活與工作 □工作能力稍微降低 □工作能力明顯降低 □曾經因此請假休養 □連生活都受到影響 □其他 _____ (請說明)
5. 您的症狀出現頻率為何? □幾乎每出現 □約一星期一次	5. 您的症狀出現頻率為何? □幾乎每出現 □約一星期一次

<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>
--	--

第九部份臀或大腿

右圖陰影區示出臀與大腿所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。

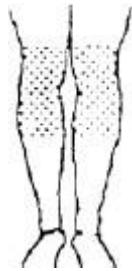


左臀與左大腿	右臀與右大腿
1. 您的症狀出現的時間為何? <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去一個月 <input type="checkbox"/> 過去半年中 <input type="checkbox"/> 過去一年中 <input type="checkbox"/> 過去一年以上	1. 您的症狀出現的時間為何? <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去一個月 <input type="checkbox"/> 過去半年中 <input type="checkbox"/> 過去一年中 <input type="checkbox"/> 過去一年以上
2. 您的症狀持續了多久? <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 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 紅腫 <input type="checkbox"/> 發麻 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 半夜痛醒 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)	2. 您的症狀持續了多久? <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 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 紅腫 <input type="checkbox"/> 發麻 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 半夜痛醒 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)
4. 您的症狀對您的影響為何? <input type="checkbox"/> 完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/> 工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/> 工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/> 曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/> 連生活都受到影響 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)	4. 您的症狀對您的影響為何? <input type="checkbox"/> 完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/> 工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/> 工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/> 曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/> 連生活都受到影響 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)
5. 您的症狀出現頻率為何? <input type="checkbox"/> 幾乎每出現 <input type="checkbox"/> 約一星期一次	5. 您的症狀出現頻率為何? <input type="checkbox"/> 幾乎每出現 <input type="checkbox"/> 約一星期一次

<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>
--	--

第十部份膝蓋

右圖陰影區示出膝蓋所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左膝蓋	右膝蓋
1. 您的症狀出現的時間為何? <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去一個月 <input type="checkbox"/> 過去半年中 <input type="checkbox"/> 過去一年中 <input type="checkbox"/> 過去一年以上	1. 您的症狀出現的時間為何? <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去一個月 <input type="checkbox"/> 過去半年中 <input type="checkbox"/> 過去一年中 <input type="checkbox"/> 過去一年以上
2. 您的症狀持續了多久? <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 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上	2. 您的症狀持續了多久? <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 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上
您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 紅腫 <input type="checkbox"/> 發麻 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 半夜痛醒 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明)	3. 您的症狀為何? 3. 您的症狀為何? <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 紅腫 <input type="checkbox"/> 發麻 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 半夜痛醒 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明)
4. 您的症狀對您的影響為何? <input type="checkbox"/> 完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/> 工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/> 工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/> 曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/> 連生活都受到影響 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明)	4. 您的症狀對您的影響為何? <input type="checkbox"/> 完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/> 工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/> 工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/> 曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/> 連生活都受到影響 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請說明)
5. 您的症狀出現頻率為何? <input type="checkbox"/> 幾乎每出現 <input type="checkbox"/> 約一星期一次	5. 您的症狀出現頻率為何? <input type="checkbox"/> 幾乎每出現 <input type="checkbox"/> 約一星期一次

<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ 請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ 請說明)</p>
---	---

第十一部份腳和腳踝

右圖陰影區示出腳與腳踝所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左膝蓋	右膝蓋
<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上3.</p> <p>您的症狀為何? 3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p> <p><input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何?</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久?</p> <p><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 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上3.</p> <p>您的症狀為何? 3. 您的症狀為何?</p> <p><input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何?</p> <p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____ (請說明)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?</p> <p><input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次</p>

<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次</p> <p><input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才 出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?</p> <p><input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建</p> <p><input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥</p> <p><input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他 _____ (請說明)</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</p> <p><input type="checkbox"/>全因工作所造成的</p> <p><input type="checkbox"/>一部份與工作有關</p> <p><input type="checkbox"/>不清楚其原因</p> <p>無關，原因是 _____ (請說明)</p>
--	--