

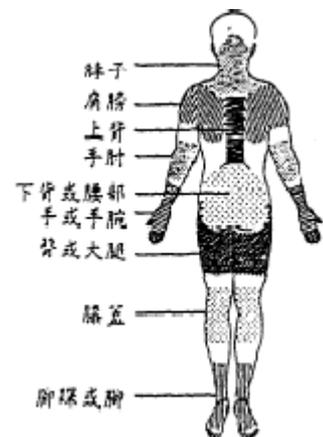
## 北歐肌肉骨骼傷害問卷(NMQ)

### 第一部份 個人基本資料

1. 填表日期:----年----月----日
2. 校區:-----
3. 單位:
4. 職稱:
5. 性別: 男 女
6. 出生年月日:----年----月----日
7. 身高:----公分
8. 體重:----公斤
9. 您經常運動嗎?  
不常 偶爾 至少每星期一次
10. 您有抽煙的習慣嗎?  
沒有 偶爾抽 常抽, 平均每天抽----根
11. 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

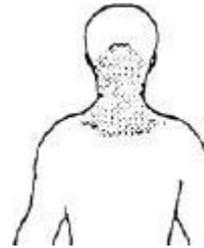
1. 您從事此一工作至今已有多久?----年----月  
(包括以前所任職之機構)
2. 您從事目前的工作至今已有多久?----年----月  
(不包括以前所任職之機構)
3. 您平均一天的工作時間為多少小時?----小時
4. 您一天的工作時數為多少小時?----小時
5. 您的工作時間內是否有安排休息時間?  
沒有 有, 一天休息----次, 一次休息----分鐘
6. 您一星期的工作天數為多少天?----天
7. 您在最近一年之內, 在工作中或工作後, 身體有沒有任何不舒服的感覺?  
(1) 脖子 沒有 有(請繼續回答第三部份)  
(2) 肩膀 沒有 有(請繼續回答第四部份)  
(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(請繼續回答第十部份)  
(10) 以上各部位都沒有(您可以就此停筆, 謝謝您!)



\* 本表單蒐集之個人資料, 僅限於職業安全衛生管理目的存續期間所需之必要範圍與地區內, 供職業安全衛生管理業務相關人員處理及利用。您將享有個資法第3條規定的五項權利, 並可至「銘傳大學個人資料保護專區」(<http://pims.mcu.edu.tw>)進一步瞭解本校的個資管理政策、法規與個資連絡窗口。

### 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)

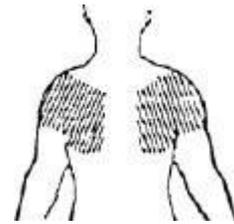
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎?

- 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)

\* 本表單蒐集之個人資料, 僅限於職業安全衛生管理目的存續期間所需之必要範圍與地區內, 供職業安全衛生管理業務相關人員處理及利用。您將享有個資法第3條規定的五項權利, 並可至「銘傳大學個人資料保護專區」(<http://pims.mcu.edu.tw>)進一步瞭解本校的個資管理政策、法規與個資連絡窗口。

#### 第四部份 肩膀

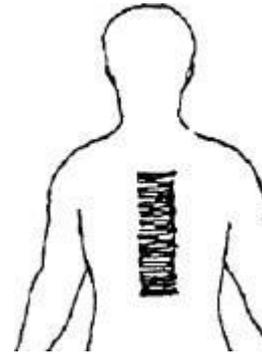
右圖陰影區標示出肩膀所指的範圍, 若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時, 請您務必詳細填寫下列的問題。



左肩	右肩
<p>1. 您的症狀出現的時間為何?  <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?  <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?  <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?  <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?  <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  <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- (請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?  <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  <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- (請說明)</p>

### 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. 您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)

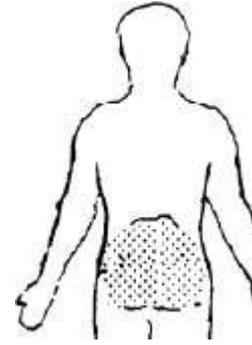
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎?

- 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. 您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?

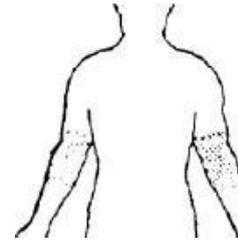
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
- 敷藥 其他 ----- (請說明)

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

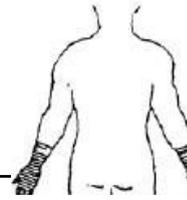
右圖陰影區示出手肘所指的範圍, 若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時, 請您務必詳細填寫下列的問題。



左手肘	右手肘
<p>1. 您的症狀出現的時間為何?  <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?  <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?  <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?  <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?  <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  <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- (請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?  <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  <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            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
<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- 請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            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
<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- 請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            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
<p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- 請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            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。



左腳踝	右腳踝
<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- 請說明)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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) 5.您的症狀出現頻率為何?  <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  <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?  <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建  <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥  <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>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?  <input type="checkbox"/>全因工作所造成的  <input type="checkbox"/>一部份與工作有關  <input type="checkbox"/>不清楚其原因            無關, 原因是----- 請說明)</p>

\* 本表單蒐集之個人資料, 僅限於職業安全衛生管理目的存續期間所需之必要範圍與地區內, 供職業安全衛生管理業務相關人員處理及利用。您將享有個資法第3條規定的五項權利, 並可至「銘傳大學個人資料保護專區」(<http://pims.mcu.edu.tw>)進一步瞭解本校的個資管理政策、法規與個資連絡窗口。