

國立臺北護理健康大學人因性危害防止計畫

106年12月13日第195次行政會議紀錄通過

一、目的

應用人因工程相關知識，預防本校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。

二、適用範圍

本校全體工作者。

三、權責

1. 健康中心：傷害調查或肌肉傷害狀況調查、工作者職業傷害統計與分析、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。
2. 各單位工作場所負責人：人因性危害防止計畫之推動及執行。
3. 工作者：定期填寫相關檢核表。

四、定義

1. 人因工程：人因工程旨在發現人類的行為、能力、限制和其他的特性等知識，而應用於工具、機器、系統、任務、工作和環境等的設計，使人類對於它們的使用能更具生產力、有效果、舒適與安全。

- Sanders 與 McComick(1987)

2. 工作相關肌肉骨骼傷害：由於工作中的危險因子，如持續或重複施力、不當姿勢，導致或加重軟組織傷病。

五、分析作業流程、內容及動作（含主要作業內容及作業中易引起肌肉骨骼傷害或疾病的危險因子）校園中以教室、辦公室、依各學科屬性所設之實驗場所及動物實驗中心為主要作業環境，另以車輛駕駛為少數之工作環境。依作業內容進行分析，其主要工作類型及人因性危害因子可分四類：

1. 辦公室行政工作：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。
 - 1.1 鍵盤及滑鼠操作姿勢不正確。
 - 1.2 打字、使用滑鼠的重複性動作。
 - 1.3 長時間壓迫造成身體組織局部壓力。
 - 1.4 視覺的過度使用。
 - 1.5 長時間伏案工作。
 - 1.6 長時間以坐姿進行工作。
 - 1.7 不正確的坐姿。
2. 實驗研究人員(含動物實驗中心)之作業場所：利用儀器、設備及器材以進行分析、檢測或重複性餵養動物等作業。
 - 2.1 電腦操作。
 - 2.2 機械操作之振動作業。
 - 2.3 精密作業之操作。
 - 2.4 實驗室器材操作。

- 2.5 長時間進行重複工作。
- 2.6 不正確的工作姿勢。
- 2.7 過度施力。
- 3. 教師：
 - 主要作業內容為課堂授課。
 - 3.1 長時間以站姿作業。
 - 3.2 長時間進行手臂抬舉動作。
 - 3.3 不正確的坐姿/立姿。
- 4. 司機人員：主要作業內容為駕駛汽車。
 - 4.1 長時間處於局限且振動空間內。
 - 4.2 長時間以坐姿進行工作。
 - 4.3 不正確的坐姿。

六、確認人因性危害因子（及作業相關肌肉骨骼傷害部位及疾病）

- 1. 作業相關下背痛：
 - 1.1 職業危險因子：工作需要長時間坐著或讓背部處於固定姿勢。
 - 1.2 個人危險因子：過去下背痛之病史、抽煙、肥胖。
- 2. 作業相關手部疼痛：
 - 2.1 職業危險因子：重複、長時間的手部施力。
- 3. 作業相關頸部疼痛：
 - 3.1 職業危險因子：長期固定在同一個姿勢，尤其是固定在不良的姿勢；通常是指頸部前屈超過廿度，後仰超過五度。
- 4. 腕道症候群
 - 4.1 職業危險因子：手部不當的施力、腕部長時間處在極端彎曲的姿勢、重複性腕部動作、資料鍵入。
 - 4.2 個人危險因子：糖尿病患者、尿毒症患者、孕婦、肥胖者、甲狀腺功能低下者、腕部曾經有骨折或重大外傷。

七、評估、選定改善方法及執行

- 1. 危害的評估：以「北歐肌肉骨骼症狀問卷(NMQ)」調查肌肉骨骼傷害類別與提供改善的依據（附件 1）
- 2. 選定改善方法：
 - 2.1 工程控制：考量工作者長時間處於辦公室使用電腦之情形，提供一適合國人體型之電腦工作桌椅尺寸設計參考值，協助電腦使用者調整其工作場所，以預防此類骨骼肌肉酸痛。

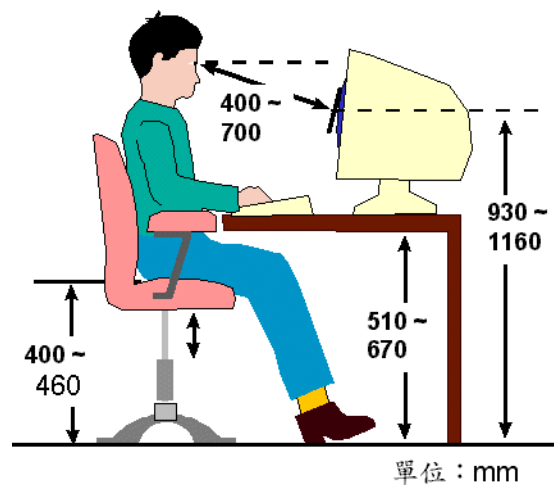
然而關於電腦工作站的工作姿勢設定有許多不同的見解,也沒有一種完美的坐姿工作姿勢存在(例如,降低座椅高度可以使下肢得到休息,但同時也將增加上半身之負荷),同時任何一種靜態的姿勢維持一段時間之後將會引起疲勞。因此,工作中,適時改變姿勢才是減少疲勞的好方法。就姿勢而言,一般顯示器的畫面上端應低於眼高,使臉正面朝向前方並稍稍往下,以減少因抬頭造成頸部負荷。作業時,應儘量使眼睛朝正面往下,以減少眼睛疲勞。鍵盤的位置要在正前方,最佳的高度是當手至於鍵盤上時,手臂能輕鬆下垂,靠近身體兩側,手肘約成90°。滑鼠放置高度不宜太高,可以考慮盡量靠近身體中線的位置。



3 種不良的電腦工作姿勢與其個別調整改善的示意圖

(科學發展 2012 年 4 月, 472 期) 以勞動部勞動及職業安全衛生研究所與國內人因工程專家所建立之“工作者靜態與動態人體計測資料庫”為基礎, 並參考現有文獻, 建議可調式及不可調式電腦工作桌椅尺寸參考值如下。

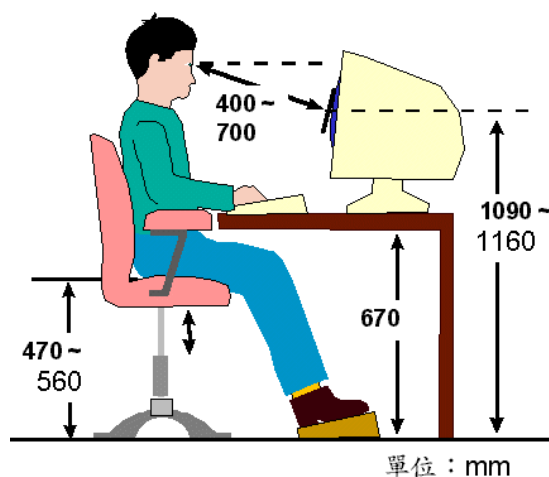
圖一 可調式工作站參考尺寸值



表一 可調式電腦工作桌椅尺寸建議值

名稱	尺寸
坐面高	400-460 mm
桌面高	510-670 mm
顯示器中心高	930-1160 mm
腳踏板	不需要

圖二 桌面高不可調工作站參考尺寸值



表二 不可調式電腦工作桌椅尺寸建議值

名稱	桌面高不可調	坐面高不可調
坐面高	470-560 mm	460 mm
桌面高	670 mm	580-660 mm
顯示器中心高	1090-1160 mm	1000-1150 mm
腳踏板	0-170 mm	0-90 mm

本參考尺寸係依據“工作者靜態與動態人體計測資料庫”，適用於5th女性至95th男性，約90%之工作者可適用。桌面高不可調時，桌面高是以95th 男性坐姿手肘高度為基礎。坐面高不可調時，坐面高是以95th男性坐姿膝窩高度為基礎。因此，在這些設計方案中必須提供腳踏板供較小尺寸者使用。其餘之人體計測關係可參考可調式設計。坐面高係考慮坐姿時地面至膝窩之高度加上鞋子高度；桌面高約為坐姿時地面至手肘高度以下 100mm；顯示器中心高約為坐姿時地面至眼睛高度以下145mm。

資料來源：勞動部勞動及職業安全衛生研究所

2.2 行政管理：

- (1)各科室確認工作場所中是否有任何危險因子存在，或是否有工作者曾因工作而引起肌肉骨骼疾病，亦即進行工作相關的肌肉骨骼傷害或不適的調查，初步確認出工作上的問題點。
- (2)有問題之工作場所、流程或工作方式等之現況，收集現有的資料包括醫療紀錄、缺席狀況、問卷調查，以確定工作者肌肉骨骼傷害症狀與部位，選擇適當之檢點方法。
- (3)將工作內容豐富化，作業項目適度多樣化，避免極度單調重複之操作，降低集中暴露於單一危險因子之機會。
- (4)藉由教育訓練傳遞肌肉骨骼傷害風險意識與正確操作技巧。
- (5)宣導工作者有效利用合理之工作間休息次數與時間。

2.3 健康管理：

- (1)自我檢查：工作者因長期性、重複性動作有造成身體不適情形時，如眼睛、手腕、手指虎口、大拇指痠痛及下背肌肉痠痛等，應進行檢查並調整正確作業方式。
- (2)健康檢查：利用工作者進行定期健康檢查，並依檢查結果結合作業人因性危害因子進行分析，針對其危害因子進行工作調整。

2.4 教育訓練：藉由危害認知與宣導及工作者體適能訓練兩方面從事教育訓練，一方面加強工作者對肌肉骨骼傷害之了解，工作者對於肌肉骨骼傷害的成因與症狀有所了解，可以維持其遵守各種標準作業規定之動機，同時於症狀出現時及早向管理階層報告。另一方面，維持人員操作所需之肌力、肌耐力、四肢延展與靈活度、以及體力體能，可以避免人員之操作能力衰退，因此，安排適當的定期訓練課程，對於預防肌肉骨骼傷害與下背痛均是有效的方法。針對可能危害因素提供工作者正確作業方式，避免肌肉骨骼傷害發生或惡化。

3. 改善方法執行：

- 3.1 工程控制改善：針對機械設備之配置不良，產生工作者長時間工作造成人因性危害時，應改善其設備避免增加肌肉骨骼之傷害發生或惡化。依評估結果更換相關設備。
- 3.2 採用正確作業方式：日常生活或工作中，必須避免產生人因性危害之部位(如手指)長時間、經常重覆的動作。工作時，必須避免用力方式不當，不要過度使用已受傷之部位，或是持續太久。疼痛症狀消失後，可配合正確的伸展運動和肌力訓練。

- 3.3 採用改善作業方式：考量調整工作者工作內容，如減少重複動作之作業內容，或增加不同之工作作業，避免人因性危害發生。工作者可主動調整工作作業姿勢，避免長期坐姿造成脊椎異常負荷，可適時使用站立之電腦設備，減少身體局部疲勞。

八、行成效之評估及改善

1. 實施改善計畫後，每半年進行評估(直到人因性危害消失)。工作者有產生人因性危害時，針對其選定改善方法進行追蹤及瞭解，掌控工作者肌肉骨骼之傷害之改善成效。
2. 進行問卷調查，分析工作者改善前、後肌肉骨骼傷害恢復情形。如果改善成果不佳或惡化時，應重新選定改善方法及執行措施，或調整其工作，隔離人因性危害因子，避免產生二次危害。

九、其他有關安全衛生事項

針對本校工作者工作內容調整時，如有不同之人因性危害因子產生時，本計畫應修正或補充有關其人因性危害因子評估、選定改善方法及執行措施等，以避免工作者作業時產生人因性危害。本措施執行紀錄或文件等應留存三年以上。

十、本計畫經行政會議通過後實施，修正時亦同。

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. 服務機構：_____公司_____縣
3. 部門：
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. 您有抽菸的習慣嗎？
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)



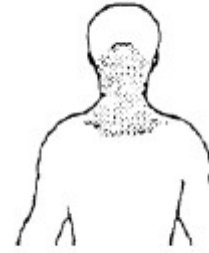
(8)膝蓋 沒有 有(請繼續回答第十部份)

(9)腳和腳踝 沒有 有(請繼續回答第十一部分)

(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何？

- 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. 您的症狀為何？

- 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
- 其他 _____ (請說明)

4. 您的症狀出現頻率為何？

- 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

5. 您是否尋求治療？

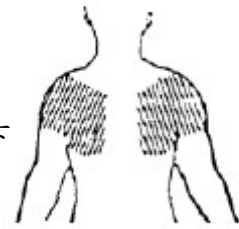
- 未予理會
- 曾動手術
- 曾復建
- 按摩
- 熱敷
- 冷敷
- 吃藥
- 敷藥
- 其他 (請說明)

6. 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

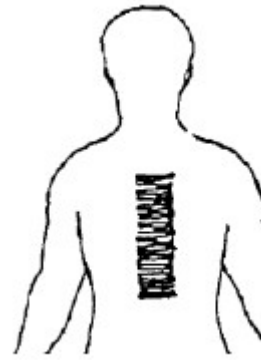
右圖陰影區標示出肩膀所指的範圍，若您 在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左肩	右肩
<p>1.您的症狀出現的時間為何？ <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因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因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何？

- 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.您的症狀為何？

- 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
- 其他_____ (請說明)

5.您的症狀出現頻率為何？

- 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何？

- 現在
- 過去一個月
- 過去半年中

2.過去一年中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 □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

□其他 _____(請說明)

5. 您的症狀出現頻率為何？

□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)

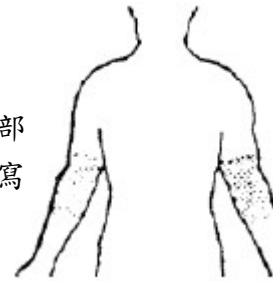
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

□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
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	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
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)	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	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

<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 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因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)	<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 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因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)
--	--

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？ <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 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	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 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 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因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)	<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 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因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)
---	---

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 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 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	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 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

- 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 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因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)

- 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 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因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)

是_____ (請說明)



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> <ul style="list-style-type: none"> <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>2. 您的症狀持續了多久？</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>3. 您的症狀為何？</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>4. 您的症狀對您的影響為何？</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>2. 您的症狀持續了多久？</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>3. 您的症狀為何？</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>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</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力稍微降低</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力明顯降低</p> <p><input type="checkbox"/>曾經因此請假休養</p> <p><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</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因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 無關，原因是_____ (請說明)</p>	<p><input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力稍微降低</p> <p><input type="checkbox"/>工作能力明顯降低</p> <p><input type="checkbox"/>曾經因此請假休養</p> <p><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</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因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 無關，原因是_____ (請說明)</p>
---	---

第十一部分 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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年</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</p> <p><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>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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年</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</p> <p><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>

- 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 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因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)