

# 國立成功大學附屬臺南工業高級中等學校人因性危害預防計畫

106年9月4日職業安全衛生委員會通過  
108年10月15日教育部職業安全衛生輔導團修正  
109年9月29日職安會議通過

## 一、政策：

本校為維護校內工作者（教職員工生）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，公告全體教職員工生週知，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：肌肉骨骼傷害狀況調查(係參考北歐肌肉骨骼傷害問卷；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

**計畫範圍：**本校工作場所。

**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。

**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、計畫實施時程：**自 109 年 9 月 29 日職業安全衛生委員會決議，報請校長核准後實施。

#### **六、計畫項目及實施：**

人因性危害預防計畫之流程如圖 1 所示，肌肉骨骼傷害調查按附件一執行，請本校各處室配合調查，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。

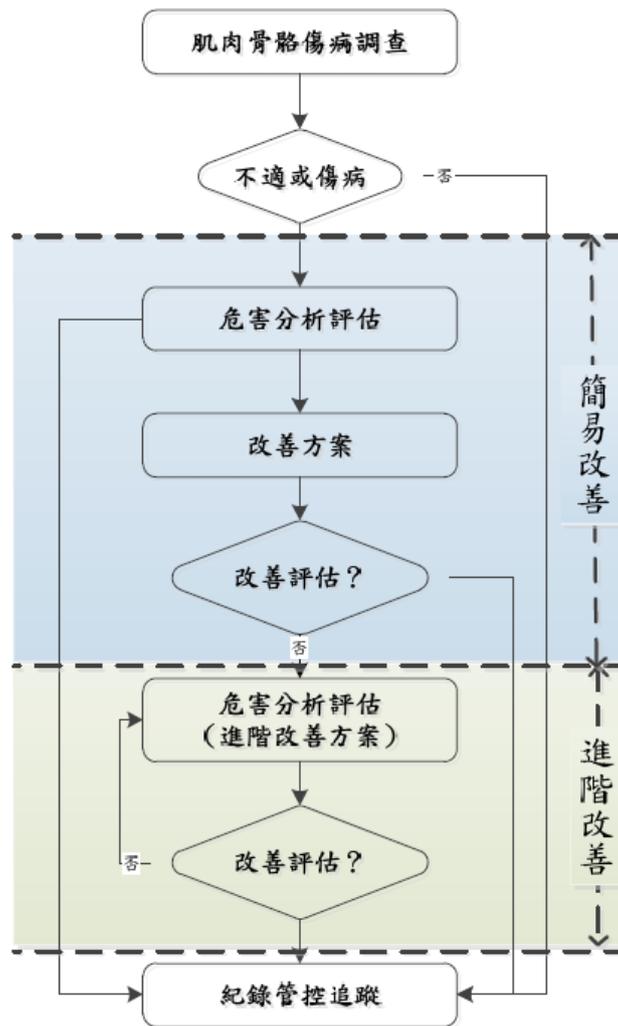


圖 1 人因性危害因子評估流程

## 1. 肌肉骨骼傷病及危害調查：（護理人員）

### A. 傷病現況調查：

#### (1) 健康與差勤記錄：

由醫護人員調查既有的勞保職業病案例、通報職業病案例、就醫紀錄、病假與工時損失紀錄等文件，篩選有肌肉骨骼傷病或可能有潛在肌肉骨骼傷病風險之作業。查詢勞保職業病案例、通報職業病案例、就醫紀錄、病假與工時損失紀錄等相關紀錄的結果，彙整成「健康管理單位肌肉骨骼疾病統計表」（表 1），以供後續危害分析使用。

#### (2) 探詢校內工作者抱怨：

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。必要時向單位主管探詢士氣低落、效率不彰或產能下降的校內工作者個案。這些個案都必須列為觀察名單，並註記於「健肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表」(表 2)，必須仔細評估危害。

表 1 校內工作者健康管理單位肌肉骨骼疾病統計表(參考例)

危害情形		校內工作者人數	建議
確診疾病	肌肉骨骼傷病	○名	調職/優先改善
		小計: ○名	
有危害	通報中的疑似肌肉骨骼傷病	○名	調職/優先改善
	異常離職	○名	簡易改善
	經常性病假、缺工:	○名	進階改善
	經常性索取痠痛貼布、打針、或按摩等:	○名	
			小計: 0 名
疑似有危害	肌肉骨骼症狀問卷調查表	○名	改善
			小計: ○名
		以上累計: ○ 名	
無危害		○名	管控
		總計: ○ 名	
		出差: ○名	
		全體勞工: ○名	



表 2 肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表(參考例)(續)

症狀調查														
頸	上背	下背	左肩	右肩	左手肘/前臂	右手肘/前臂	左手/手腕	右手/手腕	左臀/大腿	右臀/大腿	左膝	右膝	左腳/踝	右腳/踝
											疑似傷病人數			

**B. 主動調查：**

職業安全衛生管理人員可應用「肌肉骨骼症狀調查表」(引用 Nordic Musculoskeletal Questionnaire; NMQ) (附件 1)或其他中央主管機關規定、或建議具相當功能之評量工具，主動對於全體勞工實施自覺症狀的調查。

**C. 確認改善對象：**

根據傷病調查結果，將個案區分為確診疾病、有危害、疑似有危害、無危害等四個等級如表 3，以確認有危害與沒有危害的校內工作者個案，醫護人員及安全衛生人員得依危害等級，建議處理方案。之後，將這些資料製作「肌肉骨骼症狀調查表追蹤一覽表」(表 2)，可將表 3 中四個等級的個案建議，分別加上色彩標示，以利後續改善與管控追蹤之用，並製作「肌肉骨骼傷病調查一覽表」(表 1) 簡表作為管控之用，以確認有危害與沒有危害的勞工個案，進行危害評估與改善，並交付管控與追蹤。

#### **D. 作業分析及危害評估：（護理人員）**

依據現況調查結果，發現需要進一步評估之對象，再依照其特性選擇適當的評估方法實施評估（如：勞動部官網提供參考之簡易人因工程檢核表、KIM (LHC 與 PP)、NIOSH 抬舉公式、EAWS、HAL-TLV、OCRA、REBA 等檢核方法）。依據評估方法尋找作業中之主要危害因子，且評估過程與結果，均文件化紀錄，以供追蹤考核與持續改善。

表 3 肌肉骨骼傷病調查危害等級分級表

肌肉骨骼傷病調查			
危害等級	判定標準	色彩標示	建議處置方案
確診疾病	確診肌肉骨骼傷病	紅色	行政改善
有危害	通報中的疑似個案、高就醫個案（諸如經常至醫務室索取痠痛貼布、痠痛藥劑等）；高離職率、請假、或缺工的個案	深黃色	人因工程改善、健康促進、行政改善
疑似有危害	問卷調查表中有身體部位的評分在 3 分以上（包含 3 分）	淺黃	健康促進、行政改善
無危害	問卷調查(NMQ)身體部位的評分都在 2 分以下（包含 2 分）	無色	管控

## 2. 改善方案：

依據評估結果，由校內之相關人員（如：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）或職業醫師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。改善方案可區分為「簡易人因工程改善(簡稱:簡易改善)」與「進階人因工程改善(簡稱:進階改善)」。

為了有效提升計畫項目(傷病調查、危害評估、改善方案與管控追蹤)的執行效率，建議採行二階段人因工程改善流程(圖 1)，以適當的人因工程改善方法，諸如簡易人因工程檢核表與勾選式人因工程改善流程圖（可參考勞安所「人因工程工作勢圖」），構思與執行改善方案並評估改善績效。簡易改善的概念是以校內工作者全面參與的模式，達成初步篩選的目的，將簡易的人因性危害先行改善篩除，以大幅降低進階改善的工作負荷。進階改善是標準模式，必須由受過專業訓練的人員，執行比較完整的程序與複雜的工具，具體說明如下：

### 1. 構思改善方案：

考量危害性大小、執行可行性、所需人力資源、經費需求及可採行的技術等，可分別擬訂簡易人因工程改善方案、進階人因工程改善方案，各項改善方案應彙整於「肌肉骨骼人因工程改善管控追蹤一覽表」(表4)。

### 2. 簡易人因工程改善方案：

負責人員依據本校校內工作者「肌肉骨骼症狀調查表」中的確診疾病、有危害、與疑似有危害，使用簡易人因工程檢核表評估，辨識出個案之危害因子，再參考勞動部(職安署或勞安所)相關報告及技術叢書內容，擬訂改善方案及執行改善。

### 3. 進階人因工程改善方案：

針對簡易改善無法有效改善的個案，進行進階改善，可召集人因工程危害改善小組或邀請專家參與，參考國內外相關人因工程文獻資料、勞安所相關研究報告或技術叢書內容，擬訂進階改善方案及並落實執行改善（其程序流程如附件2所示）。

### 3. 追蹤管控：

人因工程危害改善方案實施後，應實施管控追蹤，以確定其有效性及可行性。主要包括：

- (A) 管控勞工肌肉骨骼傷病的人數、比率、嚴重程度等：可由護理人員負責辦理，管控結果應留置執行紀錄備查。
- (B) 追蹤改善案例的執行與職業病案例的處置：可由護理人員負責，追蹤結果應留置執行紀錄備查。

### 4. 績效考核：人因性危害預防計畫的績效量化指標考核

- (1) 計畫目標的達成率 80%。
- (2) 肌肉骨骼傷病風險，降至低度風險。

## 七、資源需求

費用預算：2000 元。

## 八、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。

# 國立成功大學附屬臺南工業高級中等學校

## 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

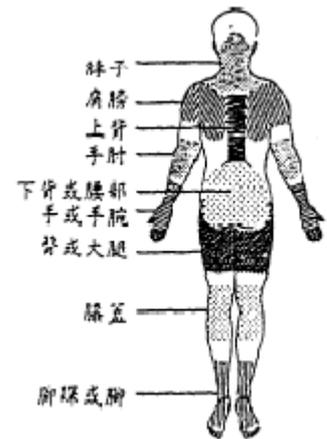
4. 您一天的工作時數為多少小時？\_\_\_\_\_小時

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

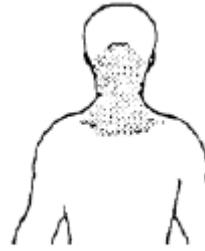
7. 您在最近一年之內，在工作中或工作後，身體有沒有任何不舒服的感覺？

- (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？

- 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？

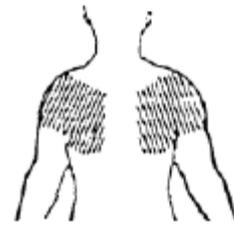
- 未予理會  曾動手術  曾復建  按摩  熱敷  冷敷  吃藥
- 敷藥  其他 (請說明)

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。

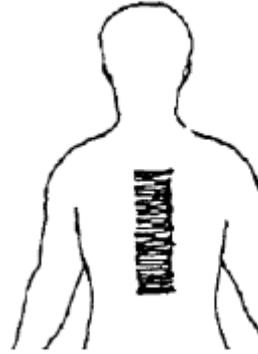


左肩	右肩
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？</p> <p><input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中</p> <p><input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？</p> <p><input type="checkbox"/>1個月 <input type="checkbox"/>3個月 <input type="checkbox"/>6個月 <input type="checkbox"/>1年</p> <p><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</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><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>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 <input type="checkbox"/>1年</p> <p><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</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><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>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</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>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</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>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. 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？

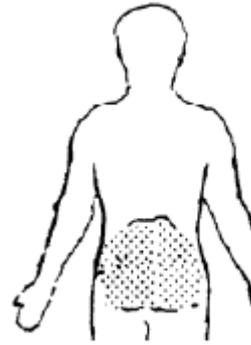
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
- 敷藥 其他 \_\_\_\_\_ (請說明)

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)

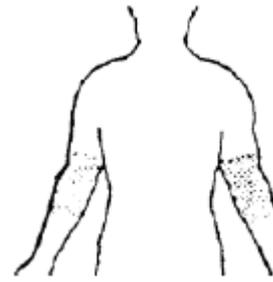
7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

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</p> <p><input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 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</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><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>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. 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</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><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>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</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>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>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
<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"/>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"/>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?  <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"/>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"/>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?  <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?  <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?  <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?  <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>