

國立陽明大學人因性危害防止計畫

105年9月14日本校105學年度第1次(擴大)行政會議通過

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，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. 衛保組：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。

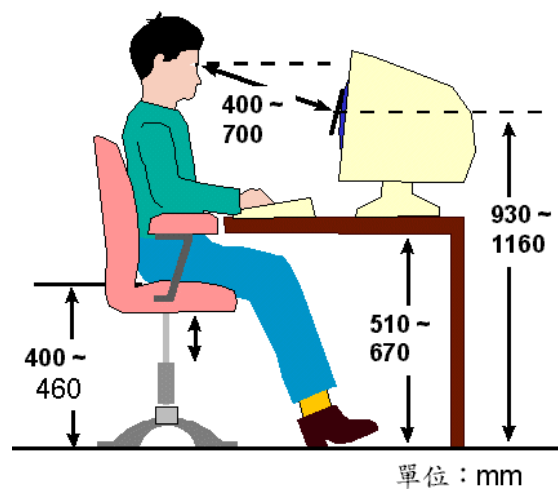


3種不良的電腦工作姿勢與其個別調整改善的示意圖

(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。

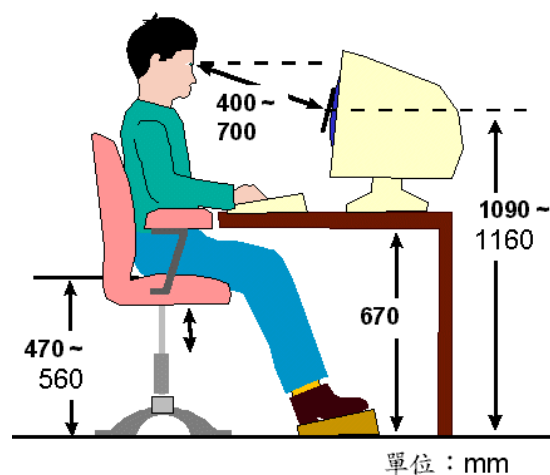
圖一 可調式工作站參考尺寸值



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，並依檢查結果結合工作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、本計畫經擴大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_____縣市
- 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

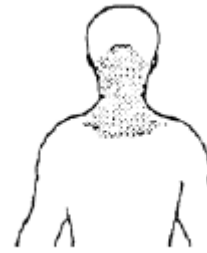
第二部份 工作資料

- 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！)



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
- 其它 _____ (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？

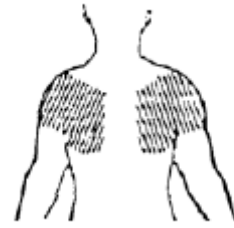
- 未予理會
- 曾動手術
- 曾復建
- 按摩
- 熱敷
- 冷敷
- 吃藥
- 敷藥
- 其他 (請說明)

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

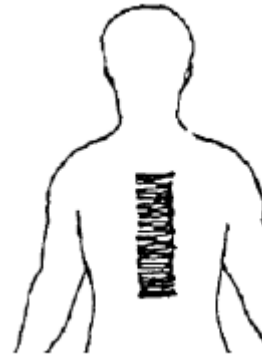
右圖陰影區標示出肩膀所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



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
- 其它 _____ (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？

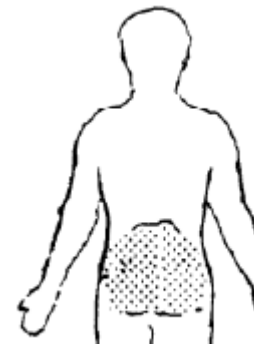
- 未予理會
- 曾動手術
- 曾復建
- 按摩
- 熱敷
- 冷敷
- 吃藥
- 敷藥
- 其他 _____ (請說明)

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
- 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
其它 _____ (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？

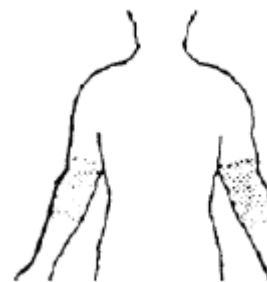
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
敷藥 其他 _____ (請說明)

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</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</p>

<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 年以上 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 年以上 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 年以上 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 年以上 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)
---	---

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 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？ <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？	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？ <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)	<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	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)	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)	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
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
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？ <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？	4.您的症狀對您的影響為何？

<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</p> <p>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</p> <p>無關，原因是_____ (請說明)</p>
---	---