ชื่อ ..... นามสกุล .....รหัสพนักงาน.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมิน ระดับความไม่สบายและการคงค้าง

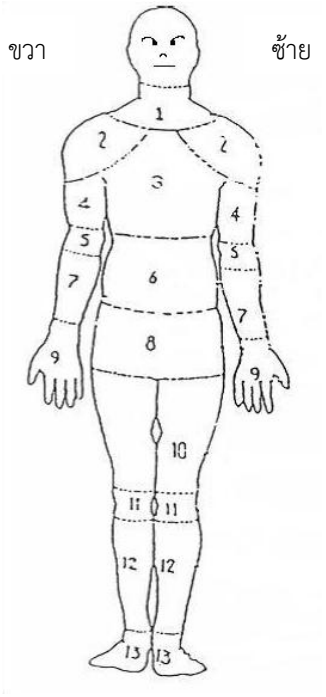
1. ระบุลักษณะอาการและเวลาที่ปรากฏ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ

1. มีอาการขณะทำงาน อาการหายไปเมื่อพักหรือเลิกงานและไม่มีอาการคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า
2. มีอาการทั้งในขณะทำงานและขณะพัก อาการยังคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า
3. มีอาการตลอดเวลาทั้งขณะทำงาน ขณะพักและ ตื่นนอนตอนเช้า รบกวนการทำงานและการนอนทำงานเบาๆ ก็รู้สึกรบกวนตลอดเวลา

2. ให้เลือกส่วนของร่างกายในรูปที่ท่านมีอาการปวดเมื่อยล้า

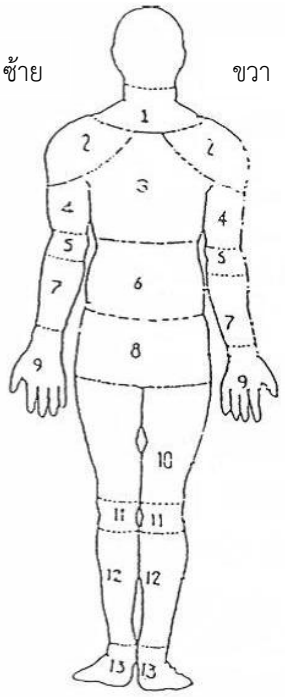
โดยให้ระบายสีลงบนภาพ และจากนั้นให้ทำเครื่องหมาย ✓ ที่ระดับอาการปวดเมื่อยล้าที่ตรงกับเลขที่ตำแหน่งบนส่วนของร่างกายลงในตาราง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 0 ไม่มีการปวดเมื่อยล้า และ 10 คือปวดเมื่อยล้ามากที่สุด

ด้านหน้า



ส่วนของร่างกาย	ลักษณะ			ระดับความไม่สบาย										
	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.คอ														
2.ไหล่														
3.หลังส่วนบน														
4.แขนส่วนบน														
5.ศอก														
6.หน้าท้อง														
7.แขนส่วนล่าง														
8.สะโพก/เชิงกราน														
9.ข้อมือ/ฝ่ามือ/นิ้วมือ														
10.ต้นขา														
11.เข่า														
12.หน้าแข้ง														
13.ข้อเท้า/เท้า														
14.ศีรษะ														
15.ตา														
16.อื่นๆ														
17.อื่นๆ														
18 อื่นๆ														

ด้านหลัง



ส่วนของร่างกาย	ลักษณะ			ระดับความไม่สบาย										
	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.คอ														
2.ไหล่														
3.หลังส่วนบน														
4.แขนส่วนบน														
5.ศอก														
6.หลังส่วนล่าง														
7.แขนส่วนล่าง														
8.สะโพก/ก้น														
9.ข้อมือ/หลังมือ/นิ้วมือ														
10.ต้นขา														
11.เข่า														
12.น่อง														
13.ข้อเท้า/เท้า/ฝ่าเท้า														
14.ศีรษะ														
15.ตา														
16. อื่นๆ														
17. อื่นๆ														
18. อื่นๆ														

ลักษณะงานปัจจุบัน_____

พื้นที่ทำงาน_____

แผนก_____

ความคิดเห็นเพิ่มเติม_____

_____

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล_____

(_____)