

**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校**  
**人因性危害防止計畫**  
**第五條修正計畫對照表**

修正計畫	現行計畫	說明
伍、計畫內容 三、改善方法 (五) 勞工健康服務護理師持續追蹤工作者恢復健康之情形，予以紀錄(肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表，附表二)， <u>必要時，填寫人因性危害檢核訪視暨改善紀錄表(附表三)</u> 。	伍、計畫內容 三、改善方法 (五) 勞工健康服務護理師持續追蹤工作者恢復健康之情形，予以紀錄(肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表，附表二)。	

# 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校人因性危害防止計畫

107.09.25 107年度第三次安全衛生委員會會議通過

112.03.21 112年度第一次安全衛生委員會會議修正

## 壹、目的

為預防新生學校財團法人新生醫護管理專科學校(以下簡稱本校)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，所引起之工作相關肌肉骨骼傷害或疾病的人因性危害，依職業安全衛生法第6條之規定，特訂定本計畫。

## 貳、適用範圍

本校全體教職員工。

## 參、權責

- 一、環安單位：肌肉骨骼症狀調查、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。
- 二、單位主管：人因性危害防止計畫之推動及執行。
- 三、本校之工作者：配合本計畫，填寫相關檢核表，並做好自我保護措施。

## 肆、定義

- 一、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。
- 二、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。

## 伍、計畫內容

- 一、風險評估：本校工作者大多數以教室、實驗室及辦公室為主要工作環境，另還包含校園環境之維護。依本校工作者之作業內容進行分析，其主要工作類型及人因性危害因子可分三類：
  - (一) 辦公室行政工作：主要為鍵盤和滑鼠之電腦處理作業、書寫和電話溝通等作業。
    1. 鍵盤及滑鼠操作姿勢不正確。
    2. 打字、使用滑鼠的重複動作。
    3. 長時間坐姿工作。
    4. 不正確的坐姿。
    5. 長時間伏案工作。
    6. 長時間壓迫造成身體組織局部壓力。
    7. 視覺的過度使用。
  - (二) 知識技術之傳授：主要為課堂授課及實驗室技術操作。
    1. 長時間以手臂抬舉姿態工作。
    2. 使用設計不良之機械設備或器具。

### (三) 校園環境之維護：

1. 不正確之人工搬運作業。
2. 不正確的坐姿/立姿。
3. 過度施力。

## 二、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）：

### (一) 作業相關下背痛：

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。
2. 個人危險因子：過去下背痛之病史、抽煙、肥胖。

### (二) 作業相關手部疼痛：職業危險因子：重複、長時間的手部施力。

### (三) 作業相關頸部疼痛：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20度，後仰超過5度。

### (四) 腕道症候群：

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、長時間資料鍵入。
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。

## 三、改善方法：危害的評估：以「肌肉骨骼症狀調查表」（附表一）調查肌肉骨骼傷害類別與提供改善的依據。

### (一) 行政管理

1. 確認各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. 收集工作者現有的資料包括醫療紀錄、缺席狀況、問卷調查，訪視工作場所、流程或工作方式等之現況，以確定工作者肌肉骨骼傷害症狀與部位。
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. 工作者，適度調整工作間的休息時間與次數。

### (二) 工程控制

1. 針對機械、設備、使用工具配置不良，使工作者長時間工作造成人因性危害時，應改善或更換相關設備避免增加肌肉骨骼傷害發生或惡化。
2. 因工作者長時間於辦公室使用電腦，故請考量提供適合國人體型之電腦工作桌椅尺寸，以協助電腦使用者預防相關骨骼肌肉酸痛或疾病。
3. 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。

4. 鍵盤的位置要在正前方，最佳的高度是當手置於鍵盤上時，手臂能輕鬆下垂，靠近身體兩側，手肘約成90°。
5. 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。

### (三) 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、大拇指酸痛及下背肌肉酸痛等，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。
3. 適時改變姿勢才是減少疲勞的好方法。

### (四) 教育訓練

1. 藉由危害認知與宣導，加強工作者對肌肉骨骼傷害之了解。
2. 傳遞肌肉骨骼傷害風險意識與正確作業方式。
3. 宣導適當的體能訓練，維持所需之肌力、肌耐力、四肢延展與靈活度及體力體能，避免人員之操作能力衰退，並預防肌肉骨骼傷害與下背痛。

(五) 勞工健康服務護理師持續追蹤工作者恢復健康之情形，予以紀錄：「肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表」(附表二)，必要時，填寫「人因性危害檢核訪視暨改善紀錄表」(附表三)。

陸、實施與修訂：本計畫經職業安全衛生委員會審議後，陳校長核定公布施行，修正時亦同。

附表一

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校員工自覺「肌肉骨骼症狀調查表」

A、基本資料

填表日期： / /

單位部門	職稱	姓名	性別	服務年資	抽煙習慣
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾抽 <input type="checkbox"/> 常抽 平均每天抽 _____ 根
慣用手	身高	體重	出生年(民國)		運動習慣
<input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手					<input type="checkbox"/> 不常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 至少每週一次

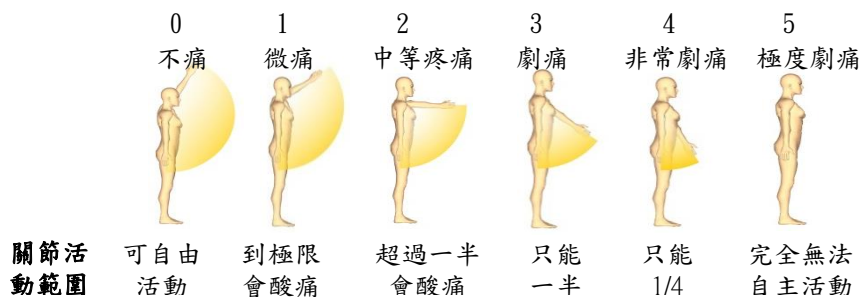
- 您在過去的1年內，身體是否有長達2星期以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？否 是（若否，結束此調查表；若是，請繼續填寫下列表格。）
- 下表的身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？  
1個月 3個月 6個月 1年 3年 3年以上

B. 症狀調查

不痛 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	極度劇痛 5 <input type="checkbox"/>		不痛 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	極度劇痛 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

症狀詳述或自覺其他症狀及病史說明：

C、填寫說明：說明酸痛不適與影響關節活動能力（以肩關節為例以及身體活動容忍尺度）



自評者： \_\_\_\_\_

勞工健康服務護理師： \_\_\_\_\_

## 第一部份 頸部

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 其它(請說明)

### 5. 您的症狀出現頻率為何?

幾乎每天出現 約1星期1次 約1個月1次 約半年1次 半年以上才出現1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?

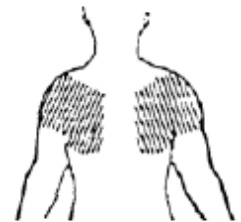
全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚 與工作無關，原因是?(請說明)



## 第二部份 肩膀

下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?</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?</p>



- 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)

- 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?**

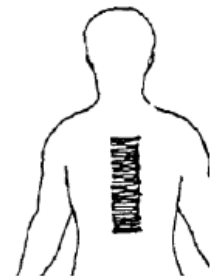
- 未予理會 曾動手術 曾復建  
按摩 熱敷 冷敷 吃藥  
敷藥 其他\_\_\_\_\_ (請說明)

**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)

**第三部份 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?**

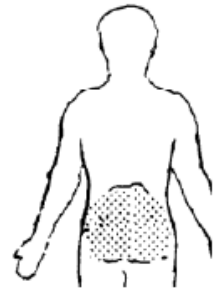
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥 敷藥 其他(請說明)

**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)

#### 第四部份 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?

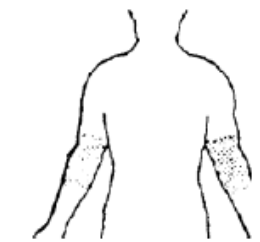
未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥 敷藥 其他(請說明)

##### 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)

#### 第五部份 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 <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 <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 <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?</p> <p><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?</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 <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 <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 <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?</p> <p><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?</p>

<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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <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 <input type="checkbox"/> 無關,原因是_____ (請說明)	<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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <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 <input type="checkbox"/> 無關,原因是_____ (請說明)
---	---

**第六部份 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
<b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b> <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 <b>2. 您的症狀持續了多久?</b> <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 <b>3. 您的症狀為何?</b> <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) <b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b> <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) <b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b> <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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <input type="checkbox"/> 未予理會 <input type="checkbox"/> 曾動手術 <input type="checkbox"/> 曾復建	<b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b> <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 <b>2. 您的症狀持續了多久?</b> <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 <b>3. 您的症狀為何?</b> <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) <b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b> <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) <b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b> <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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <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 <input type="checkbox"/> 無關，原因是_____ (請說明)	<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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <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 <input type="checkbox"/> 無關，原因是_____ (請說明)
--	--

### 第七部份 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。

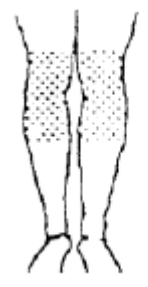
左臀與左大腿	右臀與右大腿
<b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b> <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去一個月 <input type="checkbox"/> 過去半年中 <input type="checkbox"/> 過去一年中 <input type="checkbox"/> 過去一年以上 <b>2. 您的症狀持續了多久?</b> <input type="checkbox"/> 1 個月 <input type="checkbox"/> 3 個月 <input type="checkbox"/> 6 個月 <input type="checkbox"/> 1 年 <input type="checkbox"/> 2 年 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上 <b>3. 您的症狀為何?</b> <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) <b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b> <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) <b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b> <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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <input type="checkbox"/> 全因工作所造成的	<b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b> <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 <b>2. 您的症狀持續了多久?</b> <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 <b>3. 您的症狀為何?</b> <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) <b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b> <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) <b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b> <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 <b>6. 您是否曾尋求醫治?</b> <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) <b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b> <input type="checkbox"/> 全因工作所造成的



<input type="checkbox"/> 部份與工作有關	<input type="checkbox"/> 部份與工作有關
<input type="checkbox"/> 不清楚其原因	<input type="checkbox"/> 不清楚其原因
<input type="checkbox"/> 無關，原因是_____請說明)	<input type="checkbox"/> 無關，原因是_____請說明)

**第八部份 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><b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b></p> <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><b>2. 您的症狀持續了多久?</b></p> <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><b>3. 您的症狀為何?</b></p> <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><b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b></p> <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><b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b></p> <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><b>6. 您是否曾尋求醫治?</b></p> <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><b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b></p> <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 <input type="checkbox"/> 無關，原因是_____請說明)	<p><b>1. 您的症狀出現的時間為何?</b></p> <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><b>2. 您的症狀持續了多久?</b></p> <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><b>3. 您的症狀為何?</b></p> <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><b>4. 您的症狀對您的影響為何?</b></p> <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><b>5. 您的症狀出現頻率為何?</b></p> <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><b>6. 您是否曾尋求醫治?</b></p> <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><b>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎?</b></p> <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 <input type="checkbox"/> 無關，原因是_____請說明)

## 第九部份 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/腳踝	右腳/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?  <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  <input type="checkbox"/>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  <input type="checkbox"/>無關，原因是_____ (請說明)</p>

附表二

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校肌肉骨骼症狀調查與管控追蹤一覽表

統計月份： 年 月

單位部門	姓名	職稱	性別	出生年(民國)	年資	身高	體重	慣用手(左右手)	是否不適	症狀調查結果	痠痛持續時間	自覺其他症狀或病史	人因工程改善	是否改善

症狀調查代碼如下，若有多處不適，請填入多個代碼：

- 1. 頸、2. 上背、3. 下背、4. 左肩、5. 右肩、6. 左手肘/前臂、7. 右手肘/前臂、8. 左手/腕、9. 右手/腕、10. 左臀/大腿、11. 右臀/大腿、12. 左膝、13. 右膝、14. 左腳踝/腳、15. 右腳踝/腳

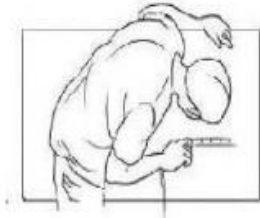
勞工健康服務護理師： \_\_\_\_\_

單位主管： \_\_\_\_\_

附表三

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校人因性危害檢核訪視暨改善紀錄表

單位： _____ 姓名： _____ 評估日期： 年 月 日	
工作類別為(可複選)： <input type="checkbox"/> 電腦文書行政 <input type="checkbox"/> 知識技術傳授 <input type="checkbox"/> 營繕 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
主要工作場所(可複選)： <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 實驗室 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
作業流程及內容：   	
簡易人因性危害檢核 (請圈選符合之危害因子及改善方案)	
危害	改善方案
一、不良姿勢	
 <p>螢幕過遠</p>  <p>沒有伸腳空間</p>  <p>螢幕過高</p>  <p>螢幕過低</p>  <p>鍵盤/滑鼠過高</p>  <p>鍵盤過低</p>  <p>鍵盤/滑鼠過遠</p>  <p>螢幕反光/照明不足</p>	 <p>理想電腦工作姿勢</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 螢幕距離：50 公分</li> <li>● 螢幕中心高度 105 公分</li> <li>● 使用外接螢幕、鍵盤</li> <li>● 使用桌面下方抽屜式鍵盤架</li> <li>● 理想燈光方位及輔助檯燈</li> </ul>



腰部彎曲



使用墊高台，調整工作點高度 將工作面傾斜



頸部後仰



降低螢幕 使用調整連桿架  
(使視線水平或向下 15 度)



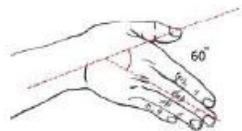
頸部彎曲



使用傾斜架，調整工作點高度



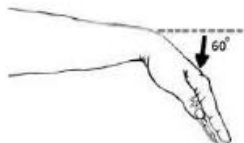
提高工作/設備的高度



手腕尺偏  
(彎向小指側)



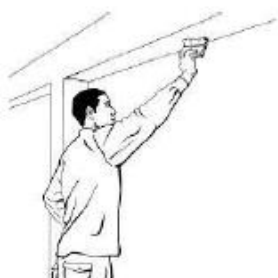
手腕橈偏  
(彎向大拇指側)



手腕伸張或屈曲



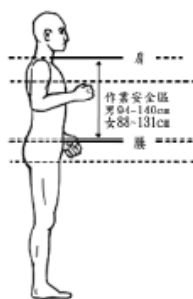
保持手腕正直



手過頭



手肘過肩



在作業安全區作業

男：94~140 cm

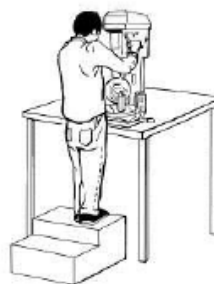
女：88~131 cm



使用長柄工具



手臂前伸



可調高站台



傾斜桌檯



蹲姿



跪姿



提高工作面

## 二、重複性動作

高重複作業



高重複電腦作業



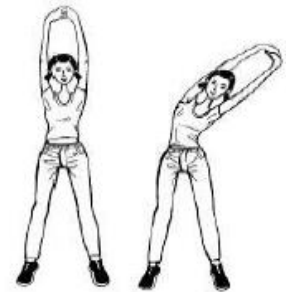
工程改善



使用動力工具

行政改善

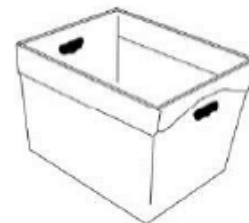
1. 健康體能促進處方
2. 調整工作/休息的週期
3. 工作輪調
4. 人事更動



左/右手交互作業

## 三、過度施力

手部抓取



使用有把手的箱子

### 手部握持



使用重量平衡吊具

### 抬舉重物



抬舉大於 35 公斤 (一天超過 1 次)  
或大於 25 公斤 (一天超過 10 次)



使用升降推車



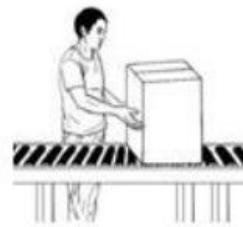
(動力)拖板車



象鼻子



搬運車

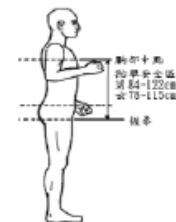


運輸帶



滑桿

### 高頻率的抬舉 (> 5 公斤)



在抬舉安全區作業

不良姿勢的抬舉 (>12 公斤)



過肩



低於膝蓋



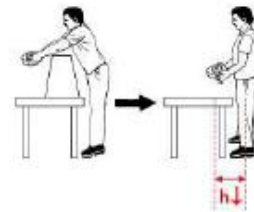
手臂前伸



使用墊高台，調整工作點高度



使用升降桌，提高工作面



移除障礙，縮短作業的水平距離

四、振動衝擊

手部振動



中度振動工具



高度振動工具



使用振動工具時，配戴減振手套

五、組織壓迫



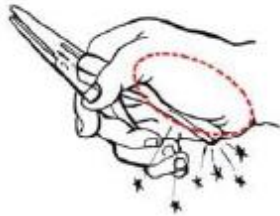
銳利邊緣壓迫到身體



除去銳利邊緣或移除障礙物



加裝靠墊



手工工具的把手壓迫到手



使用配合手弧度的把手



使用大的握把工具



以手掌/手腕拍打或槌擊



以膝蓋槌擊



使用膠槌



配戴膝墊/手套

肌肉骨骼傷病是否與工作關聯？

與工作無關    無法確定關聯性    可能與工作有關    與工作有關

作業 名稱	危害說明		改善方案	
	照片	說明	改善圖	說明
其他改善方善：				
受評單位		總務處		勞工健康服務醫師
受評者：		勞工健康服務護理師：		
單位主管：		單位主管：		