

แบบสอบถามกลุ่มอาการความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

I. โปรดกรอรายละเอียดลงในแบบฟอร์มต่อไปนี้:

ชื่อ		อายุ	____ ปี
เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง	อายุงาน ณ ที่ทำงาน ปัจจุบัน	____ ปีและ ____ เดือน
แผนกที่สังกัด	แผนก _____ สาขางาน _____	สถานภาพการสมรส	☐ สมรสแล้ว ☐ โสด
งานที่รับผิดชอบในปัจจุบัน (อธิบายโดยละเอียด)	งาน: ระยะเวลาที่ทำงานประเภทนี้: ____ ปีและ ____ เดือน		
ชั่วโมงทำงานในแต่ละวัน	____ ชั่วโมง ระยะเวลาหยุดพักในระหว่างชั่วโมงทำงาน (ยกเว้นพักรับประทานอาหาร): ____ ครั้ง (ประมาณ ____ นาที)		
งานที่เคยทำก่อนมารับผิดชอบงานปัจจุบัน	งาน: ระยะเวลาที่ทำงานประเภทนี้: ____ ปีและ ____ เดือน		

1. เลือกกิจกรรมยามว่างและงานอดิเรกที่คุณทำเป็นประจำ (สองหรือสามครั้งในแต่ละสัปดาห์ และใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีหรือนานกว่านี้):
- ☐ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์ ☐ เล่นดนตรี (เช่น เปียโนหรือไวโอลิน)
- ☐ ถักนิตติ้ง งานปัก ศิลปะในการคัดลายมือ
- ☐ เทนนิส แบดมินตัน สควอช ☐ ฟุตบอล วอลเลย์บอล เบสบอล สกิ ☐ ไม่มีข้อมูล
2. คุณใช้เวลาทำงานบ้าน (เช่น ทำกับข้าว ซักผ้า ทำความสะอาด และดูแลเด็กเล็กหนึ่งคนหรือหลายคนที่มีอายุไม่ถึง 2 ขวบ) วันละกี่ชั่วโมง?
- ☐ ไม่ค่อยได้ทำ ☐ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ☐ เกิน 1 ชั่วโมงและไม่ถึง 2 ชั่วโมง
- ☐ เกิน 2 ชั่วโมงและไม่ถึง 3 ชั่วโมง ☐ เกิน 3 ชั่วโมง
3. แพทย์เคยวินิจฉัยว่าคุณเป็นโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่? (เลือกทุกข้อที่เป็นคำตอบ)
- (โรค: ☐ ข้ออักเสบรูมาติก ☐ เบาหวาน ☐ โรคไตอักเสบ ☐ โรคเก๊าท์ ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- ☐ ไม่ ☐ ใช่ (ถ้าเลือกใช่ ขณะนี้อาการของคุณเป็นอย่างไร? ☐ หายสนิทแล้ว
- ☐ กำลังรักษาตัวอยู่หรือกำลังอยู่ในขั้นสังเกตอาการ)
4. คุณเคยได้รับบาดเจ็บที่มือ นิ้ว ข้อมือ แขน ข้อศอก ไหล่ คอ เอว เท้าหรือขาในขณะที่เล่นกีฬาหรือในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ (เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร หกล้มหรือตกจากที่สูง) หรือไม่?
- ☐ ไม่ ☐ ใช่ (ถ้าเลือกใช่ อวัยวะใดที่ได้รับบาดเจ็บ? ☐ มือ/นิ้ว/ข้อมือ ☐ แขน/ข้อศอก
- ☐ ไหล่ ☐ คอ ☐ เอว ☐ เท้า/ขา)
5. งานปัจจุบันที่คุณได้รับมอบหมายเป็นงานที่ต้องออกแรงในระดับใด?
- ☐ ไม่มาก ☐ ทำได้อย่างสบายใจ ☐ งานหนักเล็กน้อย ☐ งานหนักมาก

II. คุณเคยมีอาการปวดหรือรู้สึกไม่สบายที่มือ/นิ้ว/ข้อมือ แขน/ข้อศอก ไหล่ เอวหรือเท้า/ขา อันเป็นผลเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของคุณในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (เช่น ปวด ปวดตื้อๆ แข็งเกร็ง ผื่นไหม้ ขาหรือปวดเหมือนถูกแทง)

- ☐ ไม่ (ขอขอบคุณทุกคำตอบของคุณ คุณได้ตอบคำถามทุกข้อในแบบสอบถามนี้แล้ว)
- ☐ ใช่ (โปรดเลือกอาการปวดที่สอดคล้องกันจากตารางด้านล่างนี้และอวัยวะที่เกี่ยวข้องจากคอลัมน์แนวนั่ง)

อวัยวะที่ปวด	คอ ()	ไหล่ ()	แขน/ข้อศอก ()	มือ/ข้อมือ/ นิ้ว ()	เอว ()	เท้า/ขา ()
1. ระบุโรคหรือภาวะที่ปวด		☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง	☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง	☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง		☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง
2. มีอาการปวดมานานเท่าใดแล้ว?	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน	☐ ไม่ถึงหนึ่งวัน ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ☐ หนึ่งวัน - ไม่เกินหนึ่งเดือน ☐ หนึ่งเดือน - ไม่เกินหกเดือน ☐ เกินหกเดือน
3. ระดับอาการปวดเป็นอย่างไร? (ดูคำอธิบาย)	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก	☐ ปวดเล็กน้อย ☐ ปวดปานกลาง ☐ ปวดมาก ☐ ปวดรุนแรงมาก
	<คำอธิบาย>	ปวดเล็กน้อย: รู้สึกปวดแต่ไม่ถึงกับสร้างความอึดอัดใจเมื่อต้องดึงสมาธิในการทำงาน ปวดปานกลาง: รู้สึกปวดขณะทำงาน แต่อาการปวดบรรเทาลงเมื่อได้พักผ่อนที่บ้าน ปวดมาก: ปวดมากในขณะทำงานและมีอาการต่อเนื่องมาถึงที่บ้าน ปวดรุนแรงมาก: ปวดรุนแรงมากทำให้ยากที่อดทนทั้งต่อการทำงานและสภาพชีวิต				
4. คุณต้องทนกับการปวดนี้เพียงใดตลอดหนึ่งปีที่ผ่านมา?	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน	☐ หนึ่งครั้งในหกเดือน ☐ หนึ่งครั้งในสองถึงสามเดือน ☐ เดือนละครั้ง ☐ สัปดาห์ละครั้ง ☐ ทุกวัน
5. คุณรู้สึกปวดเมื่อสัปดาห์ที่แล้วหรือไม่?	☐ ไม่ ☐ ใช่	☐ ไม่ ☐ ใช่	☐ ไม่ ☐ ใช่	☐ ไม่ ☐ ใช่	☐ ไม่ ☐ ใช่	☐ ไม่ ☐ ใช่
6. คุณใช้ชีวิตเพื่อบรรเทาอาการปวดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา?	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()	☐ ไปคลินิก ☐ รับประทานยา ☐ ลาป่วยและใช้ประกันชดเชยค่ารักษาพยาบาล ☐ เปลี่ยนงาน ☐ ไม่มีข้อมูล อื่นๆ ()