

แบบสอบถาม

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

วันที่..... ID:

- ☐ 1) เนื้อหมู/เนื้อวัว/เนื้อไก่ ☐ 2) อาหารทะเล ☐ 3) ผัก/ผลไม้
☐ 4) อาหารปรุงสุก ☐ 5) สินค้าอุปโภค ☐ 6) อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ:

2. เพศ

- ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

ข้อมูลการทำงาน

3. ลักษณะงาน

- ☐ 1) ขายของหน้าร้าน ☐ 2) จัดสิ่งของ ☐ 3) ยกของหนัก
☐ 4) เสริฟอาหาร ☐ 5) ทำอาหาร

4. คุณทำงานค้า ขายมานานเท่าไรปีเดือน

5. คุณทำงานกี่วันต่อสัปดาห์ วัน

6. ใน 1 วันคุณทำงานกี่ชั่วโมง ชั่วโมง นาที

โดยส่วนใหญ่ท่านอยู่ในท่าทางใด

- ☐ 1) นั่ง ☐ 2) ยืน ☐ 3) เดิน ☐ 4) อื่น ระบุ.....

นั่ง ชั่วโมง นาที

ยืน ชั่วโมง นาที

เดิน ชั่วโมง นาที

อื่นๆ ชั่วโมง นาที

ข้อมูลสุขภาพ

7. ส่วนสูง cm.

8. น้ำหนักkg.

9. ใน 1 สัปดาห์คุณได้ออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาทีกี่วัน

- ☐ 0) ไม่มี ☐ 1) มี วัน

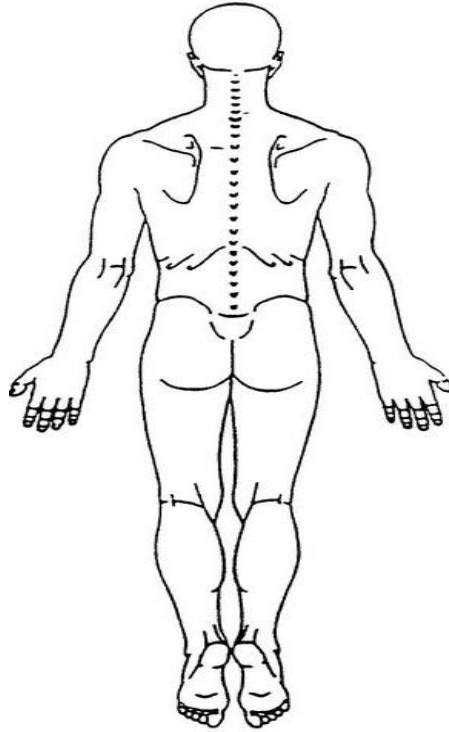
ข้อมูลอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

10. ใน 7 วันที่ผ่านมาคุณมีอาการปวด เมื่อย ตึง กล้ามเนื้อในตำแหน่งใดบ้าง

☐ 0) ไม่มี ☐ 1) มี, กรุณาระบุตำแหน่ง และระดับความปวด เมื่อย ตึงในรูปด้านล่าง

ด้านซ้าย

ด้านขวา



แหล่งที่มารูปภาพ <https://www.templateroller.com/template/2661880/pain-diagram.html>

หมายเหตุ : ระดับความปวด เมื่อย ตึง กล้ามเนื้อประเมินโดย VAS. กรุณาเลือกตัวเลขที่ระบุระดับความปวด เมื่อย ตึงของคุณ

11. ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

ตำแหน่ง	วัดครั้งที่ 1	วัดครั้งที่ 2	วัดครั้งที่ 3	เฉลี่ย
แขนขวา				
แขนซ้าย				
ขาขวา				
ขาซ้าย				

12 คุณเคยใช้สารต่อไปนี้หรือไม่

ลำดับ	ชนิด	เคยใช้.... อย่างน้อย 1 ครั้งใน ชีวิต		สาเหตุ การใช้	ใน 1 ปี ที่ผ่านมา มายังใช้ อยู่ หรือไม่		สาเหตุ การใช้	ครั้ง สุดท้าย ที่ใช้คือ	ปริมาณ ที่ใช้
		ไม่ เคย ใช้ เลย (0)	เคย ใช้ (1)		ไม่ (0)	ใช่ (1)			
1	บุหรี่ยี่ห้อ								
2	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระบุ.....								
3	ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด								
4	ยาอื่นที่ไม่ใช่ยารักษาโรคประจำตัว ระบุ.....								