

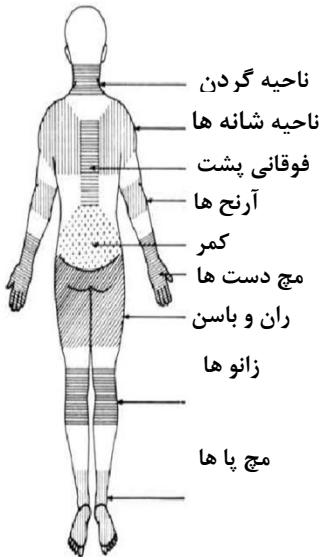
پرشنامه نورديک

سن : سال جنس : مرد زن وضعیت : متاهل مجرد واحد محل خدمت :

فعالیت کاری خارج از ساعات کاری ندارم دارم نوع فعالیت کاری : نشسته دائم ایستاده دائم ایستاده و نشسته توام

ساعت کاری روزانه : ۸ ساعت ۱۰ ساعت یا بیشتر فعالیت ورزشی : ندارم دارم نوع ورزش :

الف) در ۱۲ ماه گذشته در کدامیک از نواحی مشخص شده زیر درد ، ناراحتی ، سوزش و یا بی حسی را داشته اید ؟



	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه گردن :					
در ناحیه شانه	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در شانه راست	<input type="checkbox"/> در شانه چپ	
در ناحیه آرنج	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در آرنج راست	<input type="checkbox"/> در آرنج چپ	
در ناحیه مچ دست	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در مچ راست	<input type="checkbox"/> در مچ چپ	
در ناحیه فوقانی پشت	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه کمر	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه باسن و ران	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه زانو	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه مچ پا	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			

ب) در ۷ روز گذشته در کدامیک از نواحی مشخص شده زیر درد ، ناراحتی ، سوزش و یا

بی حسی را داشته اید ؟

	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه گردن :					
در ناحیه شانه	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در شانه راست	<input type="checkbox"/> در شانه چپ	
در ناحیه آرنج	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در آرنج راست	<input type="checkbox"/> در آرنج چپ	
در ناحیه مچ دست	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در مچ راست	<input type="checkbox"/> در مچ چپ	
در ناحیه فوقانی پشت	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه کمر	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه باسن و ران	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه زانو	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
در ناحیه مچ پا	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			

ج) در ۱۲ ماه گذشته در کدامیک از نواحی مشخص شده زیر بعلت درد یا ناراحتی مجبور به استراحت ، کاهش فعالیت کاری ، ترک محل

کار یا عدم توانایی در انجام فعالیت در محل کار یا منزل شده اید ؟

	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
بخاطر درد در ناحیه گردن :					
بخاطر درد در ناحیه شانه	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در شانه راست	<input type="checkbox"/> در شانه چپ	
بخاطر درد در ناحیه آرنج	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در آرنج راست	<input type="checkbox"/> در آرنج چپ	
بخاطر درد در ناحیه مچ دست	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> در مچ راست	<input type="checkbox"/> در مچ چپ	
بخاطر درد در ناحیه فوقانی پشت	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
بخاطر درد در ناحیه کمر	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
بخاطر درد در ناحیه باسن و ران	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
بخاطر درد در ناحیه زانو	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			
بخاطر درد در ناحیه مچ پا	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی			