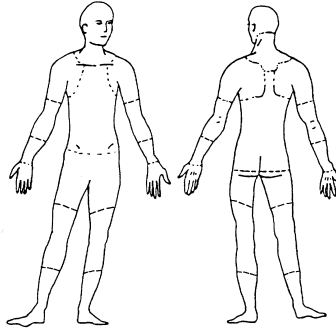


کد فرم ۱۱۱-۰۱-۰۳ تاریخ تکمیل	معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی فرم پرسشنامه نوردیک دوره تکمیل: یکساله	مرکز/شبکه نام واحد:
فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی و درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی و درمانی شهری <input type="checkbox"/> ستاد <input type="checkbox"/>

-استنباط کارکنان در خصوص احساس وجود ناراحتیهای اسکلتی و عضلانی ناشی از:



در این قسمت فرد پاسخگو باید به دقت سوالات مطرحه را مطالعه و پاسخ مناسب را انتخاب نمایند.

عنوان	این قسمت فقط توسط کسانی که دچار مشکل اسکلتی و عضلانی می باشند تکمیل گردد	
احساس هر گونه درد و ناراحتی در طی ۱۲ ماه گذشته	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته احساس درد و ناراحتی سبب شده که زمان حضور در سر کار و یا حتی در خانه قادر به انجام کار های روزانه و معمولی خود نباشید	آیا در طی ۷ روز گذشته در هر زمان احساس درد و ناراحتی داشته اید
گردن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
شانه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
ساعد <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
دست و مچ دست <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
پشت <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
کمر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
یک یا هر دو از رانها <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
یک یا هر دو از زانوها <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
یک یا هر دو پا و مچ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

نام تکمیل کننده فرم: سمت	نام مسول واحد: امضا
-----------------------------------	------------------------