

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องวัดแสงสว่าง (Lux Meter)



ภาพผนวกที่ ก1 แสดงเครื่องวัดแสง (Lux Meter)

ยี่ห้อ: Digicon LX50

Serial No. D.45805

วันสอบเทียบความถูกต้อง 7 พฤศจิกายน 2549

วิธีการใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter)

1. เช็ควัดวันที่ทำการสอบเทียบว่าเครื่องยังไม่หมดอายุวันสอบเทียบ
2. กดปุ่มเปิด (ON)
3. เลือกช่วงของแสงที่ต้องการวัด หากเลือกแล้ว แต่แสงที่วัดเกิดช่วงที่เลือกไว้ ให้ปรับช่วงที่วัดเพิ่มขึ้น
4. วัดแสงโดยให้อยู่ในระดับเดียวกับสายตาพนักงานที่ต้องการตรวจวัด

ภาคผนวก ข

เครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Grip Strength Dynamometer)



ภาพผนวกที่ ข1 แสดงเครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Grip Strength Dynamometer)

ยี่ห้อ : TAKEI รุ่น T.K.K 5101

Serial No. 61080574

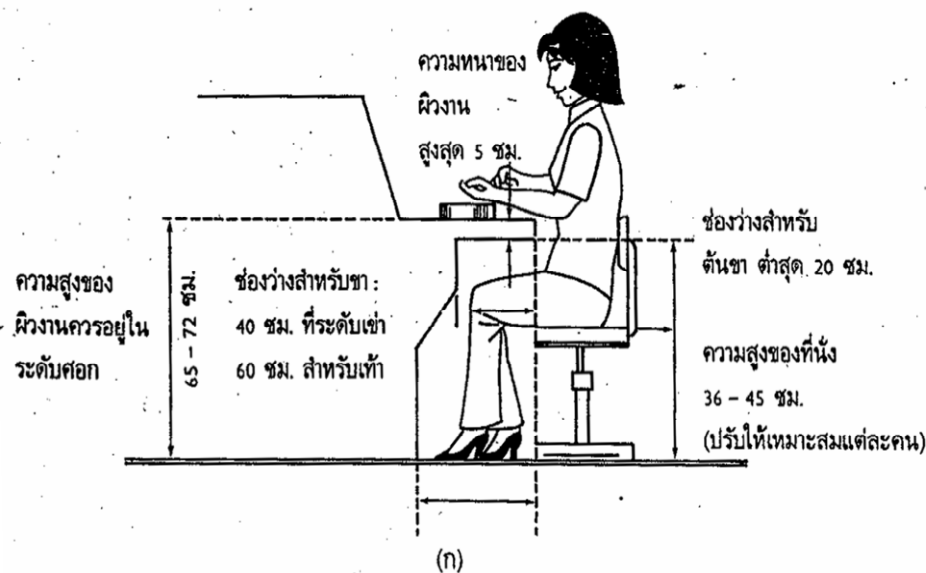
วิธีการใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter)

1. กดปุ่มเปิด (ON)
2. ปรับระดับความกว้างของตัวบิบ เพื่อให้เหมาะสมกับขนาดของมือ
3. บิบที่สำหรับจับ โดยวัดแรงบิบทั้งซ้ายและขวา
4. บันทึกผล

ภาคผนวก ค
การออกแบบที่นั่งและทำยื่นที่เหมาะสม

การออกแบบสถานที่ทำงาน

1. สามารถเอื้อมถึงบริเวณเนื้องานได้ทั้งหมดโดยไม่ต้องเอื้อมสุดแขน หรือบิดเอี้ยวตัวโดยไม่จำเป็น
2. พนักงานสามารถนั่งอยู่ทางด้านหน้าของเนื้องานและใกล้กับเนื้องาน
3. มีการออกแบบเก้าอี้นั่งและโต๊ะทำงานให้พื้นที่ที่พนักงานอยู่ในระดับความสูงประมาณข้อศอก
4. ส่วนของหลัง ควรอยู่ในแนวตรงและปล่อยไหล่ตามสบายไม่เกร็ง
5. ควรจัดให้มีที่รองรับศอก ปลายแขน หรือข้อมือที่สามารถปรับระดับได้



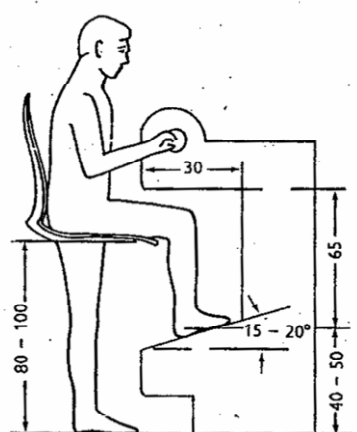
ภาพผนวกที่ ค1 แสดงการออกแบบเก้าอี้สำหรับงานนั่งทำงาน

ที่มา: สุโขทัยธรรมมาธิราช (2534)

การออกแบบเก้าอี้สำหรับนั่งทำงาน

1. เก้าอี้ทำงาน ควรเหมาะสมกับระดับความสูงโต๊ะทำงาน
2. ควรให้มีเนื้อที่วางได้โต๊ะอย่างเพียงพอสำหรับวางขาของพนักงานและควรให้ขยับขาได้ง่าย
3. ควรให้เท้าวางราบบนพื้น หากทำไม่ได้ควรจัดให้มีที่พักเท้าซึ่งที่วางพักเท้าควรช่วยลดแรงกดที่เกิดขึ้นด้านหลังของขาอ่อนและเข่า
4. เก้าอี้ควรมีพนักพิงหลัง เพื่อพยุงหลังส่วนล่าง
5. ด้านหน้าตรงขอบเก้าอี้ควรให้โค้งมนเล็กน้อย
6. หากเป็นไปได้ ควรให้ที่วางพักแขนสามารถถอดออกได้ เมื่อพนักงานรู้สึกว่ามีสะดอกสบายเนื่องจากบางกรณีที่วางพักแขนจะทำให้พนักงานไม่สามารถเข้าใกล้โต๊ะงานได้

การออกแบบสำหรับการนั่งสลับการยืนทำงาน



แสดงตัวอย่างเครื่องจักรที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนั่งและยืนสลับกันได้ โดยตัวเลขแสดงพื้นที่และระยะต่าง ๆ มีดังนี้

- (1) พื้นที่ว่างสำหรับวางเท้า 30 x 65 เซนติเมตร
- (2) ความสูงของจุดทำงานเหนือเก้าอี้ 30 - 60 เซนติเมตร
- (3) ความสูงของจุดทำงานเหนือพื้นห้อง 100 - 120 เซนติเมตร
- (4) ช่วงในการปรับความสูงต่ำของเก้าอี้ 80 - 100 เซนติเมตร

ภาพผนวกที่ ๒2 แสดงการออกแบบโต๊ะและเก้าอี้สำหรับงานนั่งและยืนสลับกัน

ที่มา: สุโขทัยธรรมาธิราช (2534)

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามด้านการยศาสตร์

แบบสอบถามเพื่อการสำรวจเออร์โกโนมิกส์

แบบสอบถามนี้จัดทำเพื่องานวิจัยโครงการการศึกษาด้านการยศาสตร์ ซึ่งข้อมูลนี้จะถูกนำไปใช้เพื่องานวิจัยเท่านั้น และถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคล

หมวด 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล: วัน/เดือน/ปี: Shift :

อายุ : ปี รหัสพนักงาน

งานที่ทำอยู่ในขณะนี้ทำมานานเท่าไร.....ปี.....เดือน เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง

ถนัดที่จะใช้มือ ☐ ซ้าย ☐ ขวา น้ำหนักกก. ส่วนสูง ซม.

ระดับการศึกษา ☐ มัธยมปีที่.... ☐ ปวช. ☐ ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ > ปริญญาตรี

มีครอบครัวหรือยัง ☐ ยังไม่มี ☐ มีแล้ว ถ้ามีครอบครัว: ☐ มีบุตร....คน ☐ ยังไม่มีบุตร

ตำแหน่ง/หน้าที่.....จุดปฏิบัติงาน..... Line: ชื่อเครื่องจักร:

ทำงานในหน้าที่ปัจจุบัน ☐ นั่งทำงาน ☐ ยืน ☐ ทั้งนั่งและยืนทำงาน ระยะเวลาในทำทางนั้นๆ:

โรคประจำตัว:

จงตอบคำถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ต้องการ และเลือกระดับความรุนแรงของปัญหา

หมวด 2 สภาพการปฏิบัติงานของพนักงาน

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
สถานที่ทำงาน /การออกแบบสถานที่ทำงาน					
1. ระยะเวลาใกล้สามารถเอื้อมหยิบจับชิ้นงานถึงในแนวระนาบ ☐ เหมาะสม ☐ น้อยไป ☐ มากไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
2. ระยะเวลาใกล้สามารถเอื้อมหยิบจับชิ้นงานถึงในแนวโค้ง ☐ เหมาะสม ☐ น้อยไป ☐ มากไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
3. มีพื้นที่ว่างเพียงพอ สำหรับงานตรวจสอบชิ้นงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4. ณ จุดทำงานมีขอบเขตหมกมุ่นที่กีดขวางการทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
5. สวิตช์ไฟ อุปกรณ์ เครื่องมือ ปุ่มควบคุมและชิ้นงาน ได้ติดตั้งหรือเก็บวางในระยะเวลาที่คนงานสามารถหยิบถึงได้ง่าย ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
6. โต๊ะทำงานและพื้นผิวที่ทำงานมีความมั่นคง ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
7. อุปกรณ์แฉกควบคุม หรือโต๊ะทำงานสามารถปรับระดับความสูงได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ (ถ้า “ได้” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
8. พนักงานสามารถปรับเปลี่ยนอิริยาบถในระหว่างการทำงานได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ (ถ้า “ได้” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
9. เก้าอี้มีความสูงที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
10. เก้าอี้มีขนาดเบาะรองนั่งที่เหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
11. ความกว้างของพนักพิงเก้าอี้มีความเหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องใส่ระดับความรุนแรงของปัญหา)					
12. เก้าอี้มีที่วางแขนหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี (ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
13. พนักงานต้องการที่วางแขนที่เก้าอี้ หรือไม่ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ (ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
14. มีการปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน เพื่อให้พนักงานได้เปลี่ยนแปลงท่าขึ้น หรือทำนั่งทำงานใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
15. บริเวณที่ทำงานมีการสั่นสะเทือนหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้า “ไม่มี” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
16. มีการทำงานโดยกระดก/งอข้อมือและออกแรงมาก ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้า “ไม่มี” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
17. มีการก้มตัวขณะทำงานมากเกินไป ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้า “ไม่มี” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
18. มีการบิดตัวขณะทำงานมากเกินไป ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้า “ไม่มี” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
19. มีที่รองรับ/วางขาในท่านั่ง ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
20. ทางเดินในบริเวณที่ทำงานมีความกว้างที่เหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
เครื่องจักร/เครื่องมือ					
21. มีการใช้จิกจับยึดชิ้นงานขณะปฏิบัติงาน อย่างไร ☐ เหมาะสม ☐ เล็กไป ☐ ใหญ่ไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
22. มีการใช้ปากกาหนีบจับ หรือฟลิกเจอร์จับชิ้นงานขณะปฏิบัติงาน อย่างไร ☐ เหมาะสม ☐ เล็กไป ☐ ใหญ่ไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
23. อุปกรณ์/เครื่องมือมีน้ำหนักมากทำให้ต้องออกแรงเกร็งข้อมือมาก ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
24. รูปแบบและตำแหน่งของค้ำจับ ได้ถูกออกแบบให้จับอย่างสะดวก ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
สภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน					
25. การระบายอากาศภายในห้องทำงานเหมาะสมหรือไม่ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
26. ที่ทำงานมีแสงสว่างที่เหมาะสมและเพียงพอกับงาน ☐ เหมาะสม ☐ น้อยไป ☐ มากไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
27. มีแสงสะท้อนเข้าตา ณ จุดที่ปฏิบัติงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
28. มีการทำความสะอาดหลอดไฟและอุปกรณ์ชุดครอบเป็นประจำ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
29. มีเสียงดังรบกวนการทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
30. มีการปรับอุณหภูมิที่เหมาะสมกับพนักงาน ☐ เหมาะสม ☐ ร้อนไป ☐ เย็นไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
31. มีชุดทำงานเหมาะสม และสะดวกต่อการทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
32. รู้สึกอึดอัดและหายใจไม่สะดวกขณะทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
33. สัมผัสสารเคมี (ไอระเหย /ของเหลว)ในพื้นที่ทำงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
ตารางเวลาการทำงาน					
34. มีการทำงานภายใต้ข้อจำกัดของเวลาอย่างเหมาะสม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
35. ระยะเวลาพัก(ช่วงเบรก) มีความเหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
36. ได้รับโอกาสจัดสรรงานและกำหนดตารางเวลางานได้เอง ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
37. มีเป้าหมายในการผลิตชิ้นงานอย่างเหมาะสมหรือไม่ (จำนวนชิ้นงาน/เวลา) ☐ เหมาะสม ☐ มากเกินไป (ถ้า “เหมาะสม” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
38. ระยะเวลาในการทำงานเหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
การอบรม/การส่งเสริม					
39. มีการกระตุ้นให้พนักงานตื่นตัวตลอดเวลาและลดความเมื่อยล้าโดยการสับเปลี่ยนงาน ให้โอกาสเปลี่ยนท่าทำงาน พักช่วงสั้นๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
40. มีการปรับเปลี่ยนผังและลำดับขั้นตอนของการทำงาน เพื่อปรับปรุงการไหลของกระบวนการผลิต ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
41. พนักงานได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้และ บำรุงรักษาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
สวัสดิการ 42. ในหนึ่งกะ พนักงานดื่มน้ำกี่ครั้ง (ตลอดชั่วโมงการทำงาน) ☐ ไม่ดื่ม ☐ 1-3 ครั้ง ☐ 4 ครั้งขึ้นไป (ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
43. ในหนึ่งกะทำงาน พนักงานเข้าห้องน้ำน้ำกี่ครั้ง ☐ ไม่เข้า ☐ 1-3 ครั้ง ☐ 4 ครั้งขึ้นไป (ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
44. จัดบริการตู้เก็บของพนักงานให้แก่พนักงานเพื่อเก็บเสื้อผ้าและสมบัติส่วนตัว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
45. จัดบริการเครื่องใช้หรืออุปกรณ์สำหรับการปฐมพยาบาล ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
ความกังวลใจ/ความขัดแย้ง 46. พนักงานไม่มีบทบาทร่วมในเรื่องข้อมูลของงานและการตัดสินใจ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
47. มีข้อจำกัดในการพบปะกับผู้ร่วมงาน/สังคม เนื่องจากลักษณะงาน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					

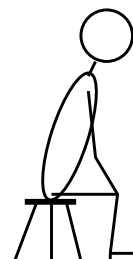
รายละเอียด	ระดับความรุนแรงของปัญหา มากที่สุด —————> น้อยที่สุด				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
48. มีความตั้งใจในการทำงานเสมอ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องระบุระดับความรุนแรงของปัญหา)					
49. บทบาทหน้าที่และเป้าหมายของงานไม่ชัดเจน ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องใส่ระดับความรุนแรงของปัญหา)					
50. งานมีความน่าเบื่อ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ไม่ใช่” ไม่ต้องใส่ระดับความรุนแรงของปัญหา)					
51. งานที่มีความสำคัญในองค์กร ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้า “ใช่” ไม่ต้องใส่ระดับความรุนแรงของปัญหา)					
52. ลักษณะท่าทางการทำงานในปัจจุบัน มีผลต่อการปฏิบัติงานที่ ผลิตผลที่เกิดขึ้น หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้า “ไม่มี” ไม่ต้องใส่ระดับความรุนแรงของปัญหา)					

หมวด 3 ท่าทางการทำงานใดบ้างที่พนักงานต้องทำงานอยู่เป็นเวลานานต่อเนื่อง หรือใช้ท่าทางดังกล่าวซ้ำไปซ้ำมา (เลือกได้มากกว่า 1 รูป)

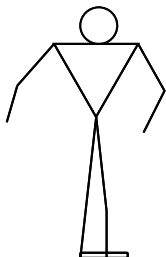
1. ☐ ยืนและหมุนเอวหรือบิดตัว



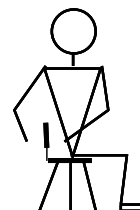
6. ☐ นั่งตัวตรง เอนไปด้านหน้า



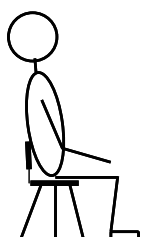
2. ☐ ยืนหมุนตัว และก้มลงด้านข้าง



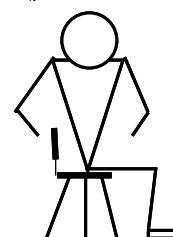
7. ☐ นั่งและหมุนตัวไปด้านข้าง



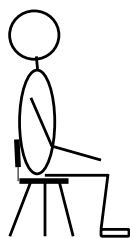
3. ☐ นั่ง และเอนตัวไปด้านหลังได้เล็กน้อย



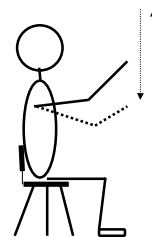
8. ☐ นั่งและหมุนตัวไปด้านข้าง



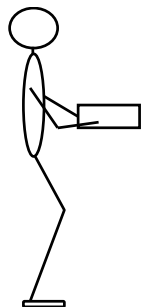
4. ☐ นั่งตัวตรง ไม่เอนหลัง



9. ☐ นั่ง และ ดึงอุปกรณ์ ขึ้น-ลง



5. ☐ ยืนยกของ/ชิ้นงาน



หมวด 4 อาการเจ็บปวด และการบาดเจ็บจากการทำงาน

4.1 ท่านเคยมีความเจ็บปวดบริเวณ ส่วนหลัง ส่วนแขน ส่วนข้อมือ หรือส่วนมือ บ้างไหม

☐ เคย

☐ ไม่เคย

4.2 ระบุนอวัยวะ และระดับความเจ็บปวดที่ ท่านรู้สึก

ตำแหน่งที่เจ็บปวด	ความถี่		อาการปวด		
	บ่อยๆ	นานๆครั้ง	ปวดมาก	ปวดปานกลาง	ไม่มีอาการ
1. ศีรษะ					
2. คอ					
3. ไหล่					
4. หลัง					
5. แขน					
6. ข้อศอก					
7. ข้อมือ					
8. นิ้ว					
9. หน้าอก					
10. หลัง					
11. ต้นขา					
12. เข่า					
13. เท้า					
14. นิ้วเท้า					
15. ข้อเท้า					
16. เท้า					

4.3 ท่านรักษาความเจ็บปวดของท่านอย่างไร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ทำอะไรเลย
- ☐ การนวดด้วยยาและครีม
- ☐ ไปพบแพทย์เพื่อรักษา
- ☐ ทานยาบรรเทาอาการปวด

4.4 การรักษาอาการปวดของท่าน (เลือกได้ 1 ข้อ)

- ☐ หายขาด
- ☐ ไม่ดีขึ้นเลย
- ☐ เป็น ๆ หาย ๆ

4.5 ท่านเล่นกีฬา หรือ ออกกำลังกายประเภท บ้างหรือไม่

- ☐ เล่น
- ☐ เล่นบ้าง
- ☐ ไม่เล่น

ถ้าท่านเล่น โปรดระบุประเภทกีฬา.....

4.6 ปกติท่านนอนหลับพักผ่อนที่บ้านในห้องปรับอากาศ

- ☐ ใช่
- ☐ ไม่ใช่

5. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....