

ดัชนีการประเมินการทำงาน

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดและผลกระทบต่องาน เพื่อประเมินว่าความเจ็บปวดส่งผลต่อกิจกรรมประจำวันอย่างไร

Client Information

ชื่อ *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

Instructions

ดัชนีการประเมินการทำงาน

โปรดประเมินว่าการปวดของคุณรบกวนกิจกรรมประจำวันต่อไปนี้มากเพียงใด
เลือกตัวเลือกที่อธิบายระดับการทำงานปัจจุบันของคุณได้ดีที่สุดสำหรับแต่ละกิจกรรม

Pain Intensity

ประเมินความรุนแรงของอาการปวดโดยรวมของคุณ *

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มีอาการปวด | ☐ เบา — บ่อยครั้งเป็นครั้งคราว ไม่จำเป็นต้องใช้ยา |
| ☐ ปานกลาง — บ่อยครั้ง จำเป็นต้องใช้ยาเป็นครั้งคราว | ☐ รุนแรง — บ่อยครั้ง จำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำ |
| ☐ รุนแรงมาก — ตลอดเวลา ยาให้ความบรรเทาจำกัด | |

Sleeping

อาการปวดรบกวนการนอนหลับของคุณมากเพียงใด *

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มีปัญหาในการนอนหลับ | ☐ เล็กน้อย บ่อยครั้งเป็นครั้งคราวนอนไม่หลับ |
| ☐ ปานกลาง การนอนหลับถูกรบกวนบ่อยครั้ง | ☐ มาก นอนหลับน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อคืน |
| ☐ ไม่สามารถนอนหลับเลยเนื่องจากอาการปวด | |

Personal Care

อาการปวดรบกวนการดูแลตัวเอง (อาบน้ำ แต่งตัว) มากเพียงใด *

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มีปัญหาในการดูแลตัวเอง | ☐ เล็กน้อย สามารถจัดการได้อย่างอิสระ |
| ☐ ปานกลาง ช้าและระมัดระวังในการทำงาน | ☐ ต้องการความช่วยเหลือบ้างในการดูแลประจำวัน |
| ☐ พึ่งพาผู้อื่นอย่างสมบูรณ์สำหรับการดูแลตัวเอง | |

Travel & Transportation

อาการปวดรบกวนการเดินทาง (ขับรถ นั่งรถ) มากเพียงใด *

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มีปัญหาในการเดินทาง | ☐ อึดอัดเล็กน้อยในระหว่างการเดินทางที่นานขึ้น |
| ☐ ลำบากปานกลาง จำกัดการเดินทางไปยังระยะทางสั้น | ☐ สามารถเดินทางได้เพียงระยะทางสั้นพร้อมอาการปวดอย่างมาก |
| ☐ ไม่สามารถเดินทางได้เนื่องจากอาการปวด | |

Work & Daily Activities

อาการปวดรบกวนงาน หรือกิจกรรมประจำวันของคุณมากเพียงใด *

- | | |
|--|---|
| ☐ ไม่มีการรบกวนงาน/กิจกรรม | ☐ สามารถทำงานตามปกติได้ด้วยอาการปวดเพิ่มเติม |
| ☐ สามารถทำงานส่วนใหญ่ได้ แต่จำกัดในงานที่หนัก | ☐ สามารถปฏิบัติงานเบาเท่านั้น |
| ☐ ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติงานประจำวันได้ | |

Recreation & Social Activities

อาการปวดรบกวนการสันทนาการและกิจกรรมสังคมมากเพียงใด *

- | | |
|--|--|
| ☐ ไม่มีการรบกวน | ☐ จำกัดเล็กน้อยสำหรับกิจกรรมที่พลังงานมากขึ้น |
| ☐ จำกัดปานกลาง สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ | ☐ จำกัดรุนแรง มีกิจกรรมน้อยมากที่เป็นไปได้ |
| ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการสันทนาการใดๆ | |

Lifting & Bending

อาการปวดรบกวนการยกหรือการงอเอวมากเพียงใด *

- | | |
|--|---|
| ☐ สามารถยกและงอได้โดยไม่มีอาการปวดเพิ่มเติม | ☐ สามารถยกและงอได้ด้วยอาการปวดเพิ่มเติมบ้าง |
| ☐ อาการปวดป้องกันการยกวัตถุหนักจากพื้น | ☐ อาการปวดป้องกันการยกสิ่งใดๆ นอกจากวัตถุเบา |
| ☐ ไม่สามารถยกหรืองอได้เลย | |

Additional Comments

มีอะไรอื่นที่คุณต้องการให้ผู้ให้บริการของคุณรู้เกี่ยวกับว่าอาการปวดส่งผลต่อชีวิตประจำวันของคุณอย่างไร

Consent & Signature

ฉันยืนยันว่าคำตอบข้างต้นสะท้อนระดับอาการปวดและความจำกัดการทำงานในปัจจุบันของฉันอย่างแม่นยำ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมโดยการรู้เท่าทันต่อไป

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แพลตฟอร์มใช้ได้ทั้งที่ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ