

FORMULIR PEMERIKSAAN

Kepada Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

Saya mohon kehadirannya untuk mengisi kuesioner ini

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Hobby :

Alamat dan Nomor Telpon :

Diagnosa Medis :

DAFTAR PERTANYAAN

1. Apakah anda saat ini sedang mengalami nyeri bahu?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Apakah nyeri bahu yang anda rasakan disertai dengan kekakuan pada bahu?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Sudah berapa lama merasakan nyeri bahu seperti ini ?
 - a. ... minggu
 - b. ... bulan
 - c. ...Tahun

4. Apakah rasa kaku tersebut menyebabkan gangguan beraktifitas, misalnya mengangkat lengan ke depan atau ke samping dan gerakan memutar ke belakang (membuka bra atau mengambil dompet)?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Seberapa sulitkah anda beraktifitas ketika kaku bahu anda mengganggu aktifitas sehari-hari?
 - a. Sedikit sulit
 - b. cukup sulit
 - c. sangat sulit

6. Tindakan apa saja yang pernah dilakukan untuk mengurangi nyeri ?
 - a. Minum obat penghilang rasa nyeri
 - b. Pijat atau urut
 - c. Berobat ke dokter
 - d. Didiamkan atau tidak di obati

7. Apakah anda menderita salah satu penyakit dibawah ini?
 - a. Patah tulang sekitar bahu
 - b. Diabetes meilitus
 - c. Tumor disekitar bahu
 - d. Tidak salah satunya
 - e. Lainnya