

ID	
----	--

## 再生因子注入療法リペアニーズ 膝の状態についてのアンケート

氏名	
記入日	年 月 日
治療	前 1 3 6 12ヶ月後 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください
疾患名等	※疾患の病期・グレードがおわかりでしたら、そちらもご記入ください。
治療部位	※該当する部位に○をつけてください。 左 ・ 右 ・ 両膝
治療歴	※治療中の場合はその旨もご記入ください。
備考	

### 【説明】

この調査は、あなたが膝の状態をどのように感じるか、どの程度日常生活をおこなえるかについて、経過を見るのに役立ちます。すべての質問に答え、選択肢については最も当てはまる項目を1つだけ選んでチェックや番号に○をつけてください。答えに迷う場合は、最も近いと思うものをお選びいただくよう、お願いします。

### 【膝の痛みの程度】

次の線は痛みの程度をおたずねするものです。左の端を「痛み無し」、右の端をこれまでに経験した「最も激しい痛み」としたときに、この数日間のあなたの痛みの程度はどのあたりでしょうか。

線の上でこのあたりと思われるところに「×」印をつけてください。

痛みなし	これまでに経験した 最も激しい痛み

## 【症 状】

ここ 1 週間の膝の症状についてお答えください。

S1. 膝に腫れ（はれ）がありますか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> まれにある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ひんぱんにある <input type="checkbox"/> いつもある
S2. 膝を動かしたとき、軋み（きしみ）を感じたり、ひっかかる音が聞こえたり、その他の雑音が聞こえたりしますか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> まれにある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ひんぱんにある <input type="checkbox"/> いつもある
S3. 動いている最中に膝がひっかかったり、動かなくなったりしますか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> まれにある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ひんぱんにある <input type="checkbox"/> いつもある
S4. 膝を完全に伸ばすことができますか？
<input type="checkbox"/> いつもできる <input type="checkbox"/> たいていできる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> まったくできない
S5. 膝を完全に曲げることができますか？
<input type="checkbox"/> いつもできる <input type="checkbox"/> たいていできる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> まったくできない

## 【こわばり】

ここ 1 週間のあなたの膝のこわばりについての質問です。こわばりとは膝を動かした時に制限を感じたり、ゆっくりとしか動かせない状態です。

S6. 朝起きた時にどの程度の膝のこわばりがありますか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> すこしある <input type="checkbox"/> ある程度ある <input type="checkbox"/> かなりある <input type="checkbox"/> ひどい
S7. 午後や夕方、座ったり、横になったり、休んだ後にどの程度の膝のこわばりがありますか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> すこしある <input type="checkbox"/> ある程度ある <input type="checkbox"/> かなりある <input type="checkbox"/> ひどい

## 【痛 み】

P1. 膝の痛みの頻度はどのくらいですか？
<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> 月に 1,2 回 <input type="checkbox"/> 週に 1,2 回 <input type="checkbox"/> 日に 1,2 回 <input type="checkbox"/> いつも

ここ 1 週間に、以下の動作をした時にどの程度の膝の痛みがありましたか？

P2. 膝をひねったり回したりする時
<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> すこしいたい <input type="checkbox"/> ある程度いたい <input type="checkbox"/> すごくいたい <input type="checkbox"/> ものすごくいたい
P3. 膝を完全に伸ばす時
<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> すこしいたい <input type="checkbox"/> ある程度いたい <input type="checkbox"/> すごくいたい <input type="checkbox"/> ものすごくいたい
P4. 膝を完全に曲げる時
<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> すこしいたい <input type="checkbox"/> ある程度いたい <input type="checkbox"/> すごくいたい <input type="checkbox"/> ものすごくいたい
P5. 平らな場所を歩く時
<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> すこしいたい <input type="checkbox"/> ある程度いたい <input type="checkbox"/> すごくいたい <input type="checkbox"/> ものすごくいたい
P6. 階段を上り下りする時
<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> すこしいたい <input type="checkbox"/> ある程度いたい <input type="checkbox"/> すごくいたい <input type="checkbox"/> ものすごくいたい

P7. 夜、寝ている時

いたくない  すこしいたい  ある程度いたい  すごくいたい  ものすごくいたい

P8. 座っている時や、横になっている時

いたくない  すこしいたい  ある程度いたい  すごくいたい  ものすごくいたい

P9. まっすぐ立っている時

いたくない  すこしいたい  ある程度いたい  すごくいたい  ものすごくいたい

## 【日常生活】

あなたの身体機能についてお尋ねします。これは、あなたの動作や身の回りのことを行う能力のことを指します。以下のそれぞれの活動について、ここ 1 週間、あなたの膝が原因で感じた困難の程度をお答えください。

1. 不自由を感じない 2. すこし困難 3. ある程度困難 4. とても困難 5. ほとんどできない

A 1. 階段を下りる時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 2. 階段を上がる時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 3. 座った状態から立ち上がる時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 4. 立っている時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 5. 身をかがめて、床に落ちたものを拾う時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 6. 平らな場所を歩く時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 7. 車の乗り降り	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 8. 買い物に行く時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 9. 靴下やストッキングをはく時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 10. ベッドから起き上がる時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 11. 靴下やストッキングを脱ぐ時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 12. ベッドに横たわっている時（寝返りをうつなど）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 13. 浴槽に入る/浴槽から出る時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 14. イスに座っている時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 15. 洋式トイレを使う時	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 16. 大変な家事を行う時（重い箱を動かす、床を拭くなど）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
A 17. 簡単な家事を行う時（料理、ちりやほこりを払うなど）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

### 【スポーツおよびレクリエーション活動】

より高いレベルでの活動を行った際のあなたの身体機能についてお尋ねします。それぞれの活動について、ここ1週間、あなたの膝が原因で感じた困難の程度をお答えください。

SP1. しゃがむ時

不自由を感じない すこし困難 ある程度困難 とても困難 ほとんどできない

SP2. 走る時

不自由を感じない すこし困難 ある程度困難 とても困難 ほとんどできない

SP3. ジャンプする時

不自由を感じない すこし困難 ある程度困難 とても困難 ほとんどできない

SP4. 悪い方の膝をひねったり、回したりする時

不自由を感じない すこし困難 ある程度困難 とても困難 ほとんどできない

SP5. ひざまずく時

不自由を感じない すこし困難 ある程度困難 とても困難 ほとんどできない

### 【生活の質】

Q1. どのくらいの頻度で自分の膝の問題を自覚しますか？

まったくない 月に1,2回 週に1,2回 日に1,2回 いつも

Q2. 膝によくない行動を避けるために、生活様式を変えましたか？

まったく変えてない すこし変えた ある程度変えた かなり変えた 完全に变えた

Q3. 膝に自信を持ってないことで、どの程度困っていますか？

まったく すこし ある程度 かなり 非常に

Q4. 全体的に、どのくらい膝について困難を感じますか？

まったく すこし ある程度 かなり 非常に

【治療後の感想】 最後に、治療を受けた感想をお聞かせください。

アンケートは以上になります。  
質問にお答えいただきありがとうございました。