

Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)

ID												前	26	52	104	週
												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
記入日	2	0			年			月			日	いずれかにチェックを入れてください				

〔説明〕

この調査では、あなたの膝の状態についてお尋ねします。この情報は、あなたが膝の状態をどのように感じるか、そして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。

全ての質問に答えて四角のマス(□)にチェックを入れてください。どの質問についても、最も当てはまる項目を1つだけ選び、チェックを入れてください。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。

【症状】

これらの質問では、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？

まったくない まれにある ときどきある ひんぱんにある 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？

まったくない まれにある ときどきある ひんぱんにある 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？

まったくない まれにある ときどきある ひんぱんにある いつもある

S4. 膝を完全に伸ばすことができますか？

いつもできる たいいていできる ときどきできる ほとんどできない 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？

いつもできる たいいていできる ときどきできる ほとんどできない まったくできない

【こわばり】

以下の質問はここ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？

まったくない すこしある あるていどある かなりある 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？

まったくない すこしある あるていどある かなりある ひどい

【痛み】

P1. 膝の痛みの頻度はどのくらいですか？

まったくない	月に1,2回	週に1,2回	日に1,2回	いつも
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. 膝を完全に伸ばす時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. 膝を完全に曲げる時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. 平らな場所を歩く時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. 階段を上り下りする時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. 夜、寝ている時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. 座っている時や、横になっている時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. まっすぐ立っている時

まったくいたくない	すこしいたい	あるていどいたい	すごくいたい	ものすごくいたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

機能

【日常生活】

以下の質問では、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。

A1. 階段を下りる時

まったく不自由を感じない	すこし困難である	ある程度困難である	とても困難である	ほとんどできない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. 階段を上る時

まったく不自由を感じない	すこし困難である	ある程度困難である	とても困難である	ほとんどできない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- A3. 座った状態から立ち上がる時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A4. 立っている時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A5. 身をかがめて、床に落ちたものを拾う時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A6. 平らな場所を歩く時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A7. 車の乗り降り
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A8. 買い物に行く時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A9. 靴下やストッキングをはく時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A10. ベッドから起き上がる時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A11. 靴下やストッキングを脱ぐ時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A12. ベッドに横たわっている時(寝返りをうつなど)
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A13. 浴槽に入る/浴槽から出る時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A14. イスに座っている時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない
- A15. 洋式トイレを使う時
 まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

A16. 大変な家事を行う時(重い箱を動かす、床を拭くなど)

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

A17. 簡単な家事を行う時(料理、ちりやほこりを払うなど)

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

機能

【スポーツおよびレクリエーション活動】

以下の質問では、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。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。

SP1. しゃがむ時

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

SP2. 走る時

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

SP3. ジャンプする時

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である 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

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である ほとんどできない

SP5. ひざまずく時

まったく不自由を感じない すこし困難である ある程度困難である とても困難である 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？

まったく変えていない すこし変えた ある程度変えた かなり変えた 完全に変えた

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？

まったく困っていない すこし困っている ある程度困っている かなり困っている 非常に困っている

Q4. 全体的に、どのくらい膝について困難を感じますか？

まったくない すこし困難である ある程度困難である かなり困難である 非常に困難である

質問にお答えいただきありがとうございました。

Lysholm Knee Score

ID: _____

(前 26 52 104 週)
日付 年 月 日※点数に○をつけてください。**跛行(足のひきずり) (5ポイント)**

なし	5
わずか/時々	3
重度/いつも	0

支持装具 (5ポイント)

なし	5
杖/松葉杖	2
荷重負荷不可能	0

ロッキング(引っかかって動かない) (15ポイント)

なし/引っ掛かり感なし	15
引っ掛かり感があるがロッキングはない	10
時々ロッキングする	6
しばしばロッキングする	2
ロッキングしない	0

腫脹(腫れ) (10ポイント)

なし	10
激しい運動の時あり	6
普通の運動の時あり	2
いつもあり	0

膝の不安定性(ぐらつき) (25ポイント)

問題なく立てる	25
運動や激しい運動の時にまれに立てない	20
運動や激しい運動の時にしばしば不安定	15
日常生活で時々不安定	10
日常生活でしばしば不安定	5
歩行の時にいつも不安定	0

疼痛 (25ポイント)

なし	25
激しい運動の時にたまに/わずかにあり	20
激しい運動の時に激しい疼痛	15
2km以上の歩行中/歩行後に激しい疼痛	10
2km未満の歩行中/歩行後に激しい疼痛	5
常に疼痛あり	0

階段昇降 (10ポイント)

問題なし	10
若干の問題あり	6
1段のみ昇降可能	2
昇降できない	0

膝の屈伸 (5ポイント)

問題なし	5
若干あり	4
90°以内	2
できない	0