

## 医師診察所見

I D \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

### 現在痛みのある関節

右膝、左膝、腰、右股関節、左股関節、頸部、上肢、  
その他 (            ), なし

### 過去1ヶ月の間に痛みがあった関節

右膝、左膝、腰、右股関節、左股関節、頸部、上肢、  
その他 (            ), なし

### 過去1年間に痛みがあった関節

右膝、左膝、腰、右股関節、左股関節、頸部、上肢、  
その他 (            ), なし

### 現在の神経痛（痛み、しびれ）

臀部（右、左）、大腿後面（右、左）、下腿（右、左）、なし

### 間欠性跛行

あり（距離            m）、なし

動脈触知（跛行ありの場合）    あり    なし

### 姿勢

正常、平背、凹背、円背、凹円背、側彎

FFD \_\_\_\_\_ cm

### 歩容

独歩、T杖、四点杖、歩行器、伝い歩き、車椅子、歩行不能

## 治療歴

### 膝に関して

投薬、外用薬、  
サプリメント（コンドロイチン、グルコサミン、その他）  
関節内注射（右膝、左膝：スベニール、アルツ、不明）、  
理学療法（病院、接骨院）、手術（具体的に ）  
なし

### 腰に関して

投薬、外用薬、トリッガー、ブロック注射、  
理学療法（病院、接骨院）、手術（具体的に ）  
なし

### その他の部位に関して（部位 ）

投薬、外用薬、トリッガー、理学療法（病院、接骨院）、  
手術（股関節、その他）、なし

## 膝可動域

|    |      |        |    |
|----|------|--------|----|
| 右膝 | 伸展制限 | あり（ 度） | なし |
|    | 屈曲制限 | あり（ 度） | なし |
| 左膝 | 伸展制限 | あり（ 度） | なし |
|    | 屈曲制限 | あり（ 度） | なし |

## 膝関節水腫

|    |   |            |     |
|----|---|------------|-----|
| 現在 | 右 | あり、        | なし、 |
|    | 左 | あり         | なし  |
| 過去 | 右 | あり（ 年 月前）、 | なし  |
|    | 左 | あり（ 年 月前）、 | なし  |

# 身体測定票

ID \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

- 1** 血圧 (            /            )
- 2** 脈拍 (            ) 回/分
- 3** 握力  
右 (            ) kg  
左 (            ) kg
- 4** 手首周り (利き手 0) 右 1) 左) (            ) cm
- 5** 翼幅 (両手をびんとのばした長さ) (            ) cm
- 6** 身長 (            ) cm
- 7** 腹囲 (            ) cm
- 8** 体組成計 体重 (            ) kg  
HH① (            ) HF① (            )  
HH② (            ) HF② (            )
- 9** 備考 (            )

# 運動機能票

- 10** 片脚起立  
右 (            ) 秒  
左 (            ) 秒
- 11** いす立ち上がり (            ) 秒
- 12** 歩行速度  
通常 (            ) 秒 (            ) 歩  
最大 (            ) 秒 (            ) 歩  
20cm narrow walk はみ出し回数1 (            ) 回  
はみ出し回数2 (            ) 回  
大また (            ) 秒 (            ) 歩
- 13** 備考 (            )

# 生活機能チェックシート

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

| 基本チェックリスト(厚生労働省作成) |              |  |              |               |              |
|--------------------|--------------|--|--------------|---------------|--------------|
| No                 | 質問項目         | 回答   |              | 得点            |              |
| 暮らしぶりその1           | 1            | バスや電車で1人で外出していますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 2            | 日用品の買い物をしていますか   |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 3            | 預貯金の出し入れをしていますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 4            | 友人の家を訪ねていますか   |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 5            | 家族や友人の相談にのっていますか   |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    |              |  |              | No. 1~5の合計    |              |
| 運動器関係              | 6            | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 7            | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 8            | 15分間位続けて歩いていますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 9            | この1年間に転んだことがありますか  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 10           | 転倒に対する不安は大きいですか  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    |              |  |              | No. 6~10の合計   |              |
| 栄養・口腔機能等の関係        | 11           | 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか   |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 12           | 身長(      cm) 体重(      kg) (* BMI 18.5未満なら該当)<br>* BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    |              |  |              |               | No. 11~12の合計 |
|                    | 13           | 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 14           | お茶や汁物等でむせることがありますか   |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
| 15                 | 口の渇きが気になりますか |  | 1. はい 0. いいえ |               |              |
|                    |              |  |              | No. 13~15の合計  |              |
| 暮らしぶりその2           | 16           | 週に1回以上は外出していますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 17           | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 18           | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 19           | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか  |              | 0. はい 1. いいえ  |              |
|                    | 20           | 今日が何月何日かわからない時がありますか   |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    |              |  |              | No. 18~20の合計  |              |
|                    |              |  |              | No. 1~20までの合計 |              |
| こころ                | 21           | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 22           | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 23           | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 24           | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない   |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    | 25           | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする  |              | 1. はい 0. いいえ  |              |
|                    |              |  |              | No. 21~25の合計  |              |

## 介護認定について

現在、介護認定を受けていますか？受けている方は、その等級に丸をつけてください。

1. 受けている（要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）
2. 受けていない

# 太地町骨関節疾患予防検診追跡問診票

ID: \_\_\_\_\_

この度は調査についてお話しする機会をいただきどうもありがとうございます。

太地町では東京大学22世紀医療センターと共同で変形性関節症や骨粗鬆症の予防を目的とした骨関節疾患予防検診を2006年10月から2007年2月に行って参りました。

今回は検診後3年の追跡調査として、この3年の間に皆様方の膝、腰椎、股関節の関節や骨の状態が健康なままなのか、それともすり減ったり曲がったりしてきていないかなどの変化をしたかを知るよい機会になると考えております。つきましては、皆様の生活がどのように変わったかどうかの問診票をお配りし、お尋ねをさせていただきます。皆様の骨関節に関する病気を予防するために、どのようなことに気をつければいいのかについての問診票ですので、どうぞご協力くださいますようお願いいたします。

プライバシーの保持には万全を期しております。あなた様にご迷惑がかかるようなことは絶対にございませんので、どうぞご協力のほどよろしくをお願いいたします。

生年月日：明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

性 別： 男 ・ 女

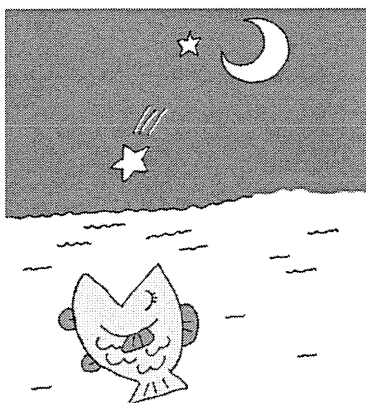
お 名 前： \_\_\_\_\_

ご 住 所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

今日の日付：平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

インタビューサイン \_\_\_\_\_



東京大学医学部附属病院22世紀医療センター  
 関節疾患総合研究講座  
 臨床運動器医学講座  
 太地町役場 住民福祉課

2009.10月吉日 吉村典子作成

1. 今までの骨折や骨の病気のこと。

3年前から今までに骨折や骨の病気がなかったかどうか、お教えてください。あてはまるものの番号に○をおつけください。

**1** この3年で骨折しましたか？

- 1) はい      2) いいえ

1) はい の場合は以下の質問にお答えください。2) いいえ の場合は **11** へお進みください。

**2** 骨折の場所はどこですか？（もし2ヶ所以上の場合はすべてお答えください。）

1) 右肩 (      ) 歳

2) 左肩 (      ) 歳

3) 右手首 (      ) 歳

4) 左手首 (      ) 歳

5) 右股関節(足の付け根) (      ) 歳

→ 骨折したとき手術をしましたか？

- ① した   ② しない   ③ わからない

6) 左股関節(足の付け根) (      ) 歳

→ 骨折したとき手術をしましたか？

- ① した   ② しない   ③ わからない

7) 背骨、腰骨 (      ) 歳

8) その他 ① (      )

(      ) 歳

② (      )

(      ) 歳

**3** 骨折の原因はなんですか？詳しくお教えてください。（もし2回以上の場合はすべてお答えください。）

(      )

(      )

**4** 骨折したときの場所はどこでしたか？（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

1) 屋内

2) 屋外

3) その他 (      )

**5** 骨折したときは、どのくらいの明るさでしたか（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）

1) 昼間のような明るさで

2) 薄明かりで

3) 暗闇で

- 6** 骨折したときの服装は（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）
- 1) 和服
  - 2) 洋服
  - 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
- 7** そのときの履き物は（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）
- 1) くつ                      2) げた                      3) ぞうり、サンダル                      4) スリッパ
  - 5) くつした、たび        6) はだし                      7) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
- 8** そのときになにか別の病気や次に当てはまることはありませんか？（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）
- （下の番号からお選びください。いくつ選んでも結構です。）
- 1) 脳卒中                                      2) 心臓の病気                                      3) ふらつき、めまい
  - 4) 膝などが固く動きにくい              5) 興奮していた                                      6) ゆううつだった
  - 7) 目がかすんでいた                      8) その他（ \_\_\_\_\_ ）
  - 9) 特になし
- 9** そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？（もし2回以上の場合はいちばん最近の骨折についてお答えください）
- （下の番号からお選びください。いくつ選んでも結構です。）
- 0) 飲まなかった
  - 1) 精神安定剤・睡眠薬
  - 2) 降圧剤（血圧の薬）
  - 3) くしゃみ止めや風邪薬
  - 4) アルコール
  - 5) その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
- 10** 今も痛いなど骨折の影響は今もありますか？
- 1) はい → （具体的に \_\_\_\_\_ ）
  - 2) いいえ
- 
- 11** 3年前から今までに、骨粗鬆症（骨が弱い、もろい）といわれましたか。
- 1) はい
  - 2) いいえ
- 12** 3年前から今までに骨粗鬆症の治療（骨が強くなる）を受けたことがありますか。
- 1) はい（1. 筋注      2. 静注      3. 服薬 → 薬の名前 \_\_\_\_\_ ）
  - 2) いいえ

## 2. いままでのごろびやねこんだことについて

**1** この3年でころんだことがありますか。

- 1) ある
- 2) ない

1) ある と答えた方は以下の質問にお答えください。2) ない 方は **11** へお進みください。

**2** ころんだことがある方は何回ぐらいころびましたか。

3年で( ) 回ぐらい

**3** ころんだことがある方は、その結果どのようになりましたか。(何回もころんだ方は一番最近の転びについてお答えください。)

- 1) 骨折した → 骨折した部位は( )
- 2) 骨は折れなかったが何日か寝込むほどの痛みがあった
- 3) 打ち身はあったがねこむほどではなかった
- 4) 特になんということとはなかった

**4** ころびの原因はなんですか？詳しくお教えてください。

(具体的に )

**5** ころんだときの場所はどこでしたか？

- 1) 屋内
- 2) 屋外
- 3) その他 ( )

**6** そのときの明るさは

- 1) 昼間のような明るさで
- 2) 薄明かりで
- 3) 暗闇で

**7** そのときの服装は？

- 1) 和服
- 2) 洋服
- 3) その他 (具体的に )

**8** そのときの履き物は？

- 1) くつ
- 2) げた
- 3) ぞうり、サンダル
- 4) スリッパ
- 5) くつした、たび
- 6) はだし
- 7) その他 (具体的に )



**9** そのときになにか別の病気や次に当てはまることがありましたか？

(いくつ○を付けても結構です。)

- |                |           |             |
|----------------|-----------|-------------|
| 1) 脳卒中         | 2) 心臓の病気  | 3) ふらつき、めまい |
| 4) 膝などが固く動きにくい | 5) 興奮していた | 6) ゆううつだった  |
| 7) 目がかすんでいた    | 8) その他 (  | )           |
| 9) 特になし        |           |             |

**10** そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？

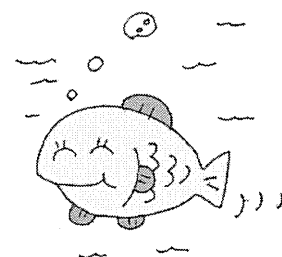
(いくつ○を付けても結構です。)

- 0) 飲まなかった
- 1) 精神安定剤・睡眠薬
- 2) 降圧剤 (血圧の薬)
- 3) くしゃみ止めや風邪薬
- 4) アルコール
- 5) その他 (具体的に )

---

**11** この3年で1ヶ月以上続けて入院したことはありますか？

- 1) はい (それはなぜですか? )
- 2) いいえ







#### 4. 関節の痛みについて

**1** この3年の腰痛について教えてください。(1日以上続く痛みについてお答えください。)

- 1) 3年前には痛みはなかったが今は痛い
- 2) 3年前も今も痛みがある
- 3) 3年前には痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くないかたは、医療機関で治療をしましたか？  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をしたかたは、どのような治療をしましたか？  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 安静にした      オ) その他(具体的に )
- 4) 3年前も今も痛みはない

**2** この3年の膝痛について教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 3年前には痛みはなかったが今は痛い → 痛いのは (① 右    ② 左    ③ 両方)
- 2) 3年前も今も痛みがある → 痛いのは (① 右    ② 左    ③ 両方)
- 3) 3年前には痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くないかたは、医療機関で治療をしましたか？  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をしたかたは、どのような治療をしましたか？  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 安静にした      オ) その他(具体的に )
- 4) 3年前も今も痛みはない

**3** この3年の肩痛について教えてください。(1日以上続く痛み)

- 1) 3年前には痛みはなかったが今は痛い → 痛いのは (① 右    ② 左    ③ 両方)
- 2) 3年前も今も痛みがある → 痛いのは (① 右    ② 左    ③ 両方)
- 3) 3年前には痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くないかたは、医療機関で治療をしましたか？  
① はい      ② いいえ  
→ 3) ① 治療をしたかたは、どのような治療をしましたか？  
ア) 薬を飲んだ      イ) 湿布を貼った      ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 安静にした      オ) その他(具体的に )
- 4) 3年前も今も痛みはない

- 4** この3年のその他の痛みについて教えてください。(1日以上続く痛みについてお答えください。)
- 1) 3年前には痛みはなかったが今は痛い  
→ 1) 痛みを感じるのはどこですか(具体的に )
  - 2) 3年前も今も痛みがある  
→ 2) 痛みを感じるのはどこですか(具体的に )
  - 3) 3年前には痛みがあったが今は痛くない  
→ 3) 痛みがあったが今は痛くないかたは、医療機関で治療をしましたか?  
① はい ② いいえ  
→ 3) ① 治療をしたかたは、どのような治療をしましたか?  
ア) 薬を飲んだ イ) 湿布を貼った ウ) 理学療法(針、お灸を含む)  
エ) 安静にした オ) その他(具体的に )
  - 4) 3年前も今も痛みはない
- 5** この3年の臀部のしびれについて教えてください。(1日以上続くしびれについてお答えください。)
- 1) 3年前にはしびれはなかったが今はしびれる  
→ 1) しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 2) 3年前も今もしびれがある → しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 3) 3年前にはしびれがあったが今はしびれない
  - 4) 3年前も今もしびれはない
- 6** この3年の太ももから下肢にかけてのしびれについて教えてください。(1日以上続くしびれについてお答えください。)
- 1) 3年前にはしびれはなかったが今はしびれる  
→ 1) しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 2) 3年前も今もしびれがある → しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 3) 3年前にはしびれがあったが今はしびれない
  - 4) 3年前も今もしびれはない
- 7** この3年の足の裏のしびれについて教えてください。(1日以上続くしびれについてお答えください。)
- 1) 3年前にはしびれはなかったが今はしびれる  
→ 1) しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 2) 3年前も今もしびれがある → しびれるのは(① 右 ② 左 ③ 両方)
  - 3) 3年前にはしびれがあったが今はしびれない
  - 4) 3年前も今もしびれはない

## 5. 運動や仕事、日光浴などについて

- 1** 現在の一般的な健康状態はいかがですか。
- 1) とても調子がよい
  - 2) 調子がよい
  - 3) まずまず
  - 4) すこし調子が悪い
  - 5) 調子が悪い
- 2** 毎日、歩いている時間は合計どのくらいですか。
- 1) なし
  - 2) 30分未満
  - 3) 30分～1時間
  - 4) 1時間以上
- 3** 毎日、自転車にのっている時間は合計どのくらいですか。
- 1) なし
  - 2) 30分未満
  - 3) 30分～1時間
  - 4) 1時間以上
- 4** いま汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をしていますか。
- 1) しない
  - 2) たまにする
  - 3) 週2時間未満
  - 4) 週2時間以上
- 2～4) 運動をするかたはどのような運動をしていますか？  
(具体的に )
- 5** 15～25歳の時の仕事と家庭での運動量の程度はどのくらいでしたか。
- 1) 軽い(ほとんど家にいる～買い物に出る程度)
  - 2) 中等度(歩行、ゴルフ、サイクリング、ゲートボールなど)
  - 3) 強い(ダンスなど、仕事では運搬など)
  - 4) かなり強い(水泳など、仕事では林業、激しい農作業や工事現場など)
- 6** 25～50歳の時の仕事と家庭での運動量の程度はどのくらいでしたか。
- 1) 軽い(ほとんど家にいる～買い物に出る程度)
  - 2) 中等度(歩行、ゴルフ、サイクリング、ゲートボールなど)
  - 3) 強い(ダンスなど、仕事では運搬など)
  - 4) かなり強い(水泳など、仕事では林業、激しい農作業や工事現場など)

- 7** 今、仕事と家庭での運動量の程度はどのくらいですか。
- 1) 軽い（ほとんど家にいる～買い物に出る程度）
  - 2) 中等度（歩行、ゴルフ、サイクリング、ゲートボールなど）
  - 3) 強い（ダンスなど、仕事では運搬など）
  - 4) かなり強い（水泳など、仕事では林業、激しい農作業や工事現場など）
- 8** 15～25歳の時に汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をしましたか。
- 1) しなかった
  - 2) たまにした
  - 3) 週1時間未満
  - 4) 週1～2時間まで
  - 5) 週2時間以上
- 9** 25～50歳の時に汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をしましたか。
- 1) しなかった
  - 2) たまにした
  - 3) 週1時間未満
  - 4) 週1～2時間まで
  - 5) 週2時間以上
- 10** 今、汗をかいたり、息がきれるほどのスポーツや運動をしていますか。
- 1) しない
  - 2) たまにする
  - 3) 週1時間未満
  - 4) 週1～2時間まで
  - 5) 週2時間以上
- 11** あなたが一番長く従事したお仕事はどのような種類でしたか。
- 1) おもに事務作業
  - 2) おもに現場作業
  - 3) その他（具体的に \_\_\_\_\_）
- 12** あなたが一番長く従事したお仕事は主にどこで働くものでしたか。
- 1) 主に屋内
  - 2) 主に屋外
  - 3) 屋内と屋外と半々ぐらい
  - 4) その他（具体的に \_\_\_\_\_）

● 骨関節疾患予防検診追跡問診票 ● ● ●

**13** あなたのその仕事は次のうちどれが一番近い働き方ですか。

- 1) ほとんど座ったままの仕事で歩くことは少ない。  
(時計屋、事務職、工場での針仕事など)
- 2) 歩くことは多いが、重いものを持ち上げたり運ぶことは少ない。  
(店員、主婦、軽作業員、動く必要のある事務職など)
- 3) 歩いたりものを運んだりすることが多い。またはときどき段や坂をのぼる。  
(大工、農業など)
- 4) 重肉体労働で重いものを持ち上げたり、運んだり、シャベルで掘り返したりする。  
(林業、激しい農作業、建設業の現場など)

**14** あなたは最近どのくらい日光浴をしていますか。

- 1) しない
- 2) たまにする
- 3) 週2時間未満
- 4) 週2時間以上

**15** ここ1ヶ月間の1日平均睡眠時間はどのくらいでしたか。

- 1) 5時間未満            2) 5時間以上～6時間未満            3) 6時間以上～7時間未満
- 4) 7時間以上

**16** 25歳の頃の身長は何センチでしたか。

(            ) cm

**17** 25歳を越えてから一番やせたときは何kgでしたか。

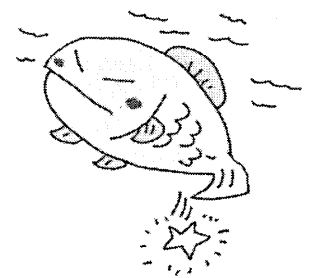
(            ) 歳ぐらいの時    (            ) kg

**18** 現在の視力で新聞の字を見ることができますか。

- 1) 眼鏡をかけなくても見える
- 2) 眼鏡をかければ見える
- 3) 見えない

**19** 今自分の歯が何本残っていますか？

- 1) 全部自分の歯
- 2) 自分の歯が残っている。 → (            ) 本ぐらい
- 3) 自分の歯はない。 → (            ) 歳から





## 6. アルコール・たばこについて

**1** この3年でアルコールの飲み方はどうなりましたか？

- 1) 前と変わらず飲んでいる
- 2) 飲んでいるが量は減った
- 3) 前よりも量が増えた
- 4) やめていたが飲むようになった
- 5) 今までに飲んだことがなかったが飲むようになった
- 6) 飲んでいたがやめた
- 7) 前も今もほとんど飲まない
- 8) その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

1～5) 今飲んでいるかたは以下の質問にお答えください。

6) 飲んでいたがやめたかたは **4** へお進みください

7) ほとんど飲まないかたは **7** へお進みください。

**2** **1** で1～5) 飲んでいるかたは今どのくらいの回数飲みますか？

- 1) ほとんど毎日（週5日以上）
- 2) 週3～4回
- 3) 週1～2回
- 4) 週1回未満

**3** **1** で1～5) 飲んでいるかたは一回あたりの量はどのくらいですか？

|              |     |
|--------------|-----|
| ビール（瓶・缶）     | 本・缶 |
| ワイン（グラスで）    | 杯   |
| 日本酒          | 合   |
| 焼酎           | 合   |
| ウィスキー・ブランディ  | 杯   |
| その他（ _____ ） | 杯   |

**4** **1** で6) 飲んでいたがやめたかたは、いつやめましたか？

（ \_\_\_\_\_ ）ヶ月前

**5** **1** で6) 飲んでいたがやめたかたはどのくらいの回数飲んでいましたか？

- 1) ほとんど毎日（週5日以上）
- 2) 週3～4回
- 3) 週1～2回
- 4) 週1回未満



## 7. SF-8

- 1** 全体的にみて過去1ヶ月のあなたの健康状態はいかがでしたか？  
 1) 最高によい      2) とても良い      3) 良い      4) あまり良くない  
 5) 良くない      6) ぜんぜん良くない
- 2** 過去1ヶ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を登ったりなど）をすることが身体的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 体を使う日常活動ができなかった
- 3** 過去1ヶ月間に、いつもの仕事（家事を含みます）をすることが身体的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 体を使う日常活動ができなかった
- 4** 過去1ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか？  
 1) 全く痛みはなかった      2) ほとんど痛みはなかった      3) かすかな軽い痛み  
 4) 中くらいの痛み      5) 非常に強い痛み      6) 激しい痛み
- 5** 過去1ヶ月間、どのくらい元気でしたか？  
 1) 非常に元気だった      2) かなり元気だった      3) 少し元気だった  
 4) わずかに元気だった      5) ぜんぜん元気ではなかった
- 6** 過去1ヶ月間、家族や友人との普段のつき合いが身体的あるいは心理的な理由でどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) つきあいができなかった
- 7** 過去1ヶ月間、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、いらいらしたり）にどのくらい悩まされましたか？  
 1) ぜんぜん悩まされなかった      2) わずかに悩まされた      3) 少し悩まされた  
 4) かなり悩まされた      5) 非常に悩まされた
- 8** 過去1ヶ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などの普段の行動）をすることが心理的にどのくらい妨げられましたか？  
 1) ぜんぜん妨げられなかった      2) わずかに妨げられた      3) 少し妨げられた  
 4) かなり妨げられた      5) 日常行う活動ができなかった

## 8. WOMAC

**1** 過去48時間以内で、あなたの関節症の痛みがどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。

次の行動をするときどの程度の痛みですか？

| 行 動                  | 痛みがない | 少し痛みがある | 中程度の痛みがある | かなり強い痛みがある | 極度の痛みがある |
|----------------------|-------|---------|-----------|------------|----------|
| ①平らなところを歩く           | 1     | 2       | 3         | 4          | 5        |
| ②階段の上り下り             | 1     | 2       | 3         | 4          | 5        |
| ③夜寝るとき<br>(眠りを妨げる痛み) | 1     | 2       | 3         | 4          | 5        |
| ④いすに座ったり横になったり       | 1     | 2       | 3         | 4          | 5        |
| ⑤まっすぐに立つ             | 1     | 2       | 3         | 4          | 5        |

**2** 過去48時間以内で、あなたの関節症によるこわばり（痛みではない）がどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。

こわばりとは関節が固くなり動きが低下したときの感覚です。

| 行 動                                     | こわばりはない | 少しこわばりがある | 中程度のこわばりがある | かなり強いこわばりがある | 極度のこわばりがある |
|---|---------|-----------|-------------|--------------|------------|
| ①朝最初に目が覚めたときどの程度のこわばりがありますか？            | 1       | 2         | 3           | 4            | 5          |
| ②日中いすに座ったり、横になったり、休憩した後どの程度のこわばりがありますか？ | 1       | 2         | 3           | 4            | 5          |

