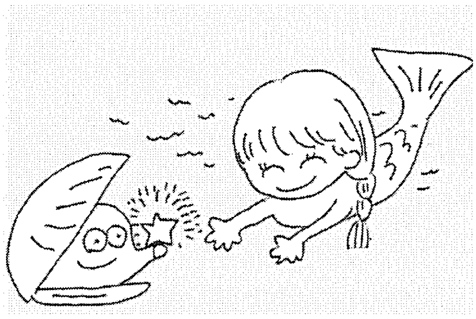
3 過去48時間以内で、あなたの関節症による下記の日常生活をするときの困難がどの程度であったか考えて、その程度を一番表す番号に○を付けてください。これであなたの行動能力と自分の身の回りのことをする能力を評価します。次の行動をするときどの程度困難ですか？

行　　動	困難はない	少し困難	中程度困難	かなり困難	極度に困難
①階段をおりる	1	2	3	4	5
②階段をあがる	1	2	3	4	5
③いすの座位から立ち上がる	1	2	3	4	5
④立っている	1	2	3	4	5
⑤身をかがめて、床に落ちたものを拾う	1	2	3	4	5
⑥平らなところをあるく	1	2	3	4	5
⑦車の乗り降り、バスの乗り降り	1	2	3	4	5
⑧買い物に行く	1	2	3	4	5
⑨靴下またはストッキングをはく	1	2	3	4	5
⑩ベッドから起きあがる	1	2	3	4	5
⑪靴下またはストッキングを脱ぐ	1	2	3	4	5
⑫ベッドに横たわっている	1	2	3	4	5
⑬浴そうに入る、または出る	1	2	3	4	5
⑭いすに座る	1	2	3	4	5
⑮洋式トイレを使う	1	2	3	4	5
⑯困難な家事を行う（床そうじ、重いものを運ぶ、床を拭くなど）	1	2	3	4	5
⑰簡単な家事を行う（身の回りの整理、食卓の後かたづけなど）	1	2	3	4	5



9. Oswestry Disability Index（腰痛、足の痛みに関して）

以下は、腰の痛み（あるいは足の痛み）が、あなたの日常生活にどのように影響しているかを知るためのものです。それぞれの項目の中で、もっともあなたの状態に近いものを選んで、番号を○でかこんでください。

1 痛みの強さ

0）今のところ、痛みはまったくない。
1）今のところ、痛みはとても軽い。
2）今のところ、中くらいの痛みがある。
3）今のところ、痛みは強い。
4）今のところ、痛みはとても強い。
5）今のところ、想像を絶するほどの痛みがある。

2 身の回りのこと（洗顔や着替えなど）

0）痛みなく、普通に身の回りのことができる。
1）身の回りのことは普通にできるが、痛みが出る。
2）身の回りのことはひとりでできるが、痛いので時間がかかる。
3）少し助けが必要だが、身の回りのほとんどのことは、どうにかひとりでできる。
4）身の回りのほとんどのことを、他のひとに助けてもらっている。
5）着替えも洗顔もできず、寝たきりである。

3 物を持ち上げること

0）痛みなく、重いものを持ち上げることができる。
1）重いものを持ち上げられるが、痛みが出る。
2）床にある重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、重いものでも持ち上げられる。
3）重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、それほど重くないものは持ち上げられる。
4）軽いものしか持ち上げられない。
5）何も持ち上げられないか、持ち運びもできない。

4 歩くこと

0）いくら歩いても痛くない。
1）痛みのため、１km以上歩けない。
2）痛みのため、500m以上歩けない。
3）痛みのため、100m以上歩けない。
4）つえや松葉づえなしでは歩けない。
5）ほとんどとこの中で過ごし、歩けない。

5 座ること

0）どんないすにでも、好きなだけ座っていられる。

1）座りごこちの良いいすであれば、いつまでも座っていられる。

2）痛みのため、１時間以上は座っていられない。

3）痛みのため、30分以上は座っていられない。

4）痛みのため、10分以上は座っていられない。

5）痛みのため、座ることができない。

6 立っていること

0）痛みなく、好きなだけ立っていられる。

1）痛みはあるが、好きなだけ立っていられる。

2）痛みのため、１時間以上は立っていられない。

3）痛みのため、30分以上は立っていられない。

4）痛みのため、10分以上は立っていられない。

5）痛みのため、立っていられない。

7 睡 眠

0）痛くて目をさますことはない。

1）ときどき、痛くて目をさますことがある。

2）痛みのため、６時間以上ねむれない。

3）痛みのため、４時間以上ねむれない。

4）痛みのため、２時間以上ねむれない。

5）痛みのため、ねむることができない。

8 性生活（関係あればお答え下さい）

0）性生活はいつもどおりで、痛みはない。

1）性生活はいつもどおりだが、痛みがでる。

2）性生活はほぼいつもどおりだが、かなり痛む。

3）性生活は、痛みのためにかなり制限される。

4）性生活は、痛みのためにほとんどない。

5）性生活は、痛みのためにまったくない。

9 社会生活（仕事以外での付き合い）

0）社会生活はふつうで、痛みはない。

1）社会生活はふつうだが、痛みが増す。

2）スポーツなどのように、体を動かすようなものをのぞけば、社会生活に大きな影響はない。

3）痛みのため社会生活は制限され、あまり外出しない。

4）痛みのため、社会生活は家の中だけに限られる。

5）痛みのため社会生活はない。

10 乗り物での移動

0）痛みなくどこへでも行ける。

1）どこへでも行けるが、痛みが出る。

2）痛みはあるが、２時間程度なら乗り物に乗っていられる。

3）痛みのため、１時間以上は乗っていられない。

4）痛みのため、30分以上は乗っていられない。

5）痛みのため、病院へ行くとき以外は乗り物には乗らない。

10. EQ5D

1 以下のそれぞれの項目の一つの四角に印をつけて、あなた自身の今日の健康状態を最も良く表している記述を示して下さい。

1）移動の程度

私は歩き回るのに問題はない □

私は歩き回るのにいくらか問題がある □

私はベッド（床）に寝たきりである □

2）身の回りの管理

私は身の回りの管理に問題はない □

私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある □

私は洗面や着替えを自分でできない □

3）ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）

私はふだんの活動を行うのに問題はない □

私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある □

私はふだんの活動を行うことができない □

4）痛み／不快感

私は痛みや不快感はない □

私は中程度の痛みや不快感がある □

私はひどい痛みや不快感がある □

5）不安／ふさぎ込み

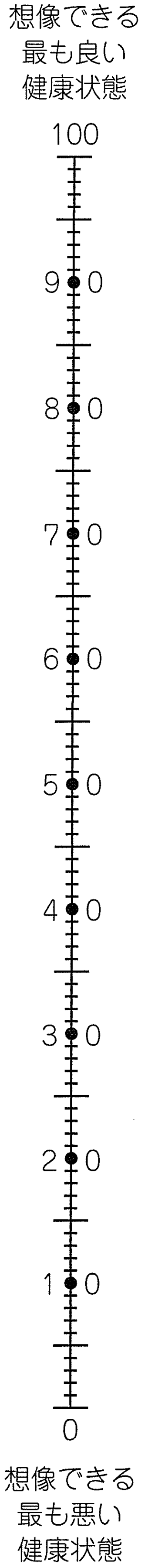
私は不安でもふさぎ込んでもいない □

私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる □

私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる □

2 健康状態がどのくらい良いか悪いかを表わしてもらうために、（温度計に似たような）目盛を描きました。
目盛には、あなたの想像できる最も良い状態として100、あなたの想像できる最も悪い状態として0が付けられています。

あなたの今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを、あなたの考えでこの目盛上に示してください。



11. 行動の変容

今回の骨関節疾患予防検診についてお伺いします。

1 前回の検診後、3年の間にあなたの生活習慣に変化がみられましたか？
1）はい
2）いいえ

1）はい と答えた方は以下の質問にお答えください。2）いいえ とお答えの方は次のページにお進みください。

2 1）はい とお答えの方はどのように変わりましたか？
1）以前よりも良い方に変わった → **3** へお進みください。
2）以前よりも悪い方に変わった → **6** へお進みください。
3）その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3 良い方に変わったとお答えの方は、運動をするようになったのですか？
1）はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2）いいえ
3）その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4 良い方に変わったとお答えの方は、栄養に気を付けるようになったのですか？
1）はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2）いいえ
3）その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5 良い方に変わったとお答えの方は、運動栄養以外の生活習慣が改善されたのですか？
1）はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2）いいえ
3）その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6 悪い方に変わったとお答えの方は、どのような点が悪いとお感じなのかをお教えください。
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

12.（女性のみ）月経について

1 ３年前からいままでに妊娠されたことがありますか。（流産や死産も含みます）
　　１）ある　　　　２）ない

ある と答えた方は次の質問に続けてお答え下さい。
ない とお答えの方は **3** へお進み下さい。

2 ３年前からいままでにお産をされましたか。
　　１）はい　　　　２）いいえ

3 ３年前からいままでに女性ホルモンを飲んだり注射をしたりしたことがありますか。
　　１）はい　　　　２）いいえ

4 １）はい の場合、何ヶ月飲んだり注射をしましたか。
（　　　　）ヶ月くらい

5 ３年前からいままでの月経の状況をお教えください。
１）３年前も今も規則的にある　→　**6** へお進みください。
２）３年前は規則的にあったが今は不規則である。→　**6** へお進みください。
３）３年前はあったがこの３年で閉経（生理が終わった、生理がない）した。
　→　次ページの **7** へお進みください。
４）３年前も今も閉経（生理が終わった、生理がない）→　閉経は（　　　　）歳の時

４）と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

6 **5** で１)、２）と答えた方は一番最近の生理はいつだったかお教え下さい。
一番最近の生理は　平成（　　　　　）年（　　　　　）月ごろだった。

１)、２）と答えた方はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

5 で3）この３年で閉経になったと答えた方は次の質問にお答え下さい。

7 ３年前は月経があったがこの３年で閉経の場合、最後の生理の時は何歳でしたか。
（　　　　）歳

8 閉経の理由を教えて下さい。
1）自然に生理が終わった
2）手術などの人工的な閉経
3）その他理由があれば具体的に（　　　　　　　）

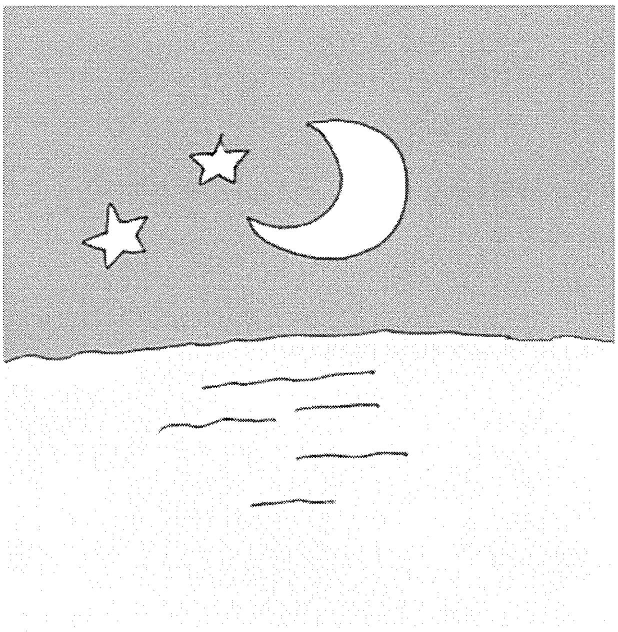
9 人工的な閉経の場合、どんな方法によりますか。（いくつ○を付けても結構です）
1）子宮を手術で取った　（　　　）歳の時
2）卵巣を二つとも手術で取った　（　　　）歳の時
3）卵巣を片方、手術でとった　（　　　）歳の時
4）卵巣に放射線をあてた　（　　　）歳の時
5）その他（　　　　　　　　　　　）（　　　）歳の時

10 閉経時に次のような症状がありましたか。あれば○を付けて下さい。
（いくつ○を付けても結構です）
1）のぼせや顔面の紅潮
2）気分がふさいだりいらいらしたりする
3）不眠
4）その他（　　　　　　）

11 閉経前後に女性ホルモンの治療をうけましたか。
1）はい　　　　2）いいえ

12 **11** で1）はい の場合、女性ホルモンの治療を１年以上続けましたか。
1）はい　　　　2）いいえ

これで質問は全部終わりです。
ご協力どうもありがとうございました。



頸部痛チェックシート

ID

お名前

くびの痛みについておこたえ下さい。

1 最近（1ヵ月以内）にくびの痛みがありますか？
1）はい　　2）いいえ
1）はい の人は以下におこたえ下さい。

以下の尺度にもっとも近いところに○をつけて下さい

2 今日どのくらい痛みがありますか？

痛みなし 0　1　2　3　4　5 最もひどい痛み

3 最近平均してどれくらい痛みがありますか？

痛みなし 0　1　2　3　4　5 最もひどい痛み

4 一番悪い時でどれくらいの痛みがありますか？

痛みなし 0　1　2　3　4　5 最もひどい痛み

5 痛みで睡眠が妨げられますか？

普通にできる 0　1　2　3　4　5 全く眠れない

6 立っている時、どれくらい痛みますか？

痛みなし 0　1　2　3　4　5 最もひどい痛み

7 歩いている時、どれくらい痛みますか？

痛みなし 0　1　2　3　4　5 最もひどい痛み

8 痛みで運転や車への乗車が妨げられますか？

普通にできる 0　1　2　3　4　5 痛くて運転や乗車ができない

9 痛みで社会活動が妨げられますか？

普通にできる 0　1　2　3　4　5 全くできない

10 痛みでレクリエーションが妨げられますか？

普通にできる 0　1　2　3　4　5 全くできない

11 痛みで仕事が妨げられますか？

普通にできる 0 1 2 3 4 5 全くできない

12 痛みで身の回りのこと（食事、着衣、入浴）が妨げられますか？

普通にできる 0 1 2 3 4 5 全くできない

13 痛みで人付き合いが妨げられますか？

普通にできる 0 1 2 3 4 5 全くできない

14 痛みで人生や将来の見通しが絶望的になったり、うつ状態になったりしますか？

全く変わらず 0 1 2 3 4 5 絶望的に変わった

15 痛みがあなたの感情に影響していますか？

いらいらしない 0 1 2 3 4 5 かなりいらいらする

16 痛みが考えることや集中することに影響していますか？

集中できる 0 1 2 3 4 5 集中できない

17 どれくらい首はこっていますか？

こっていない 0 1 2 3 4 5 こって動かせない

18 首を回すのがどれくらい困難ですか？

困らない 0 1 2 3 4 5 痛くて動かせない

19 見上げたり、見下ろしたりするのがどれくらい困難ですか？

困らない 0 1 2 3 4 5 全くできない

20 上を見上げながら作業をするのがどれくらい困難ですか？

困らない 0 1 2 3 4 5 全くできない

21 薬を飲むと、どれくらい痛みが和らぎますか？
薬を飲まない場合、飲まないに○をして下さい　　飲まない

完全に和らぐ 0 1 2 3 4 5 全く効かない

医師診察所見

ID

お名前

1 現在痛みのある関節（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし　1）右膝　2）左膝　3）腰　4）右股関節

5）左股関節　6）頚部　7）上肢　8）その他（　　　　　　　）

2 過去１ヶ月の間に痛みがあった関節（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし　1）右膝　2）左膝　3）腰　4）右股関節

5）左股関節　6）頚部　7）上肢　8）その他（　　　　　　　）

3 過去１年間に痛みがあった関節（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし　1）右膝　2）左膝　3）腰　4）右股関節

5）左股関節　6）頚部　7）上肢　8）その他（　　　　　　　）

4 現在の神経痛（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし　1）右臀部　2）左臀部　3）右下肢　4）左下肢

5 間欠性跛行（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし　1）右臀部　2）左臀部　3）右下肢　4）左下肢

距離（　　　　m）

動脈触知（1)～4)の場合）①あり　②なし

6 治療歴

膝に関して（いくつ ○ をつけてもけっこうです）

0）なし

1）投薬

2）サプリメント（①コンドロイチン　②グルコサミン

③その他（具体的に　　　　　　　））

3）関節内注射（右膝：①スベニール　②アルツ　③不明）

（左膝：①スベニール　②アルツ　③不明）

4）理学療法

5）手術（具体的に　　　　　　　）

膝以外に関して（いくつ○をつけてもけっこうです）

0）なし

1）トリッガー（① 頚部　② 腰　③ その他）

2）ブロック注射

3）理学療法

4）手術（① 右股関節　② 左股関節　③ 頚部　④ 腰　⑤ その他）

7 姿勢

0）正常　1）平背　2）凹背

3）円背　4）凹円背　5）側彎

FFD（　　　　cm）

8 歩容

0）独歩　1）T杖　2）四点杖　3）歩行器

4）伝い歩き　5）車椅子　6）歩行不能

9 膝可動域

右膝	伸展制限	0）なし	1）あり（　　度）
	屈曲制限	0）なし	1）あり（　　度）
左膝	伸展制限	0）なし	1）あり（　　度）
	屈曲制限	0）なし	1）あり（　　度）

10 膝関節水腫

現在

右　0）なし　1）あり

左　0）なし　1）あり

過去（　　年　　月前）

右　0）なし　1）あり

左　0）なし　1）あり

生活機能チェックシート

ID

お名前

基本チェックリスト（厚生労働省作成）

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

運動器関係

6 階段を手すりや壁をつたわら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

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）
＊BMI(＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))
1）はい　　0）いいえ

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

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

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

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

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（両手をぴんとのばした長さ）（　　　　）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（　　　　）

腰痛チェックシート

ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

最近１ヵ月の腰の痛みについておこたえ下さい。

1 こし、おしり、あしに痛みやしびれがありますか？

1）はい　　2）いいえ

1）はい の人は以下におこたえ下さい。

2 こし、おしり、あしの痛みはどの程度でしたか？

1）かなり軽い　　2）中くらいの痛み　　3）強い　　4）かなり強い

3 こし、おしりの痛みはどのくらいの頻度でおこりますか？

0）週に一度も起こらなかった

1）少なくとも週に１度は起こった

2）毎日数分

3）毎日一日のほとんど

4）常に起こっていた

4 こし、おしりが痛みますか？

0）全くない

1）かなり軽い　　2）中くらいの痛み　　3）強い　　4）かなり強い

5 あしが痛みますか？

0）全くない

1）かなり軽い　　2）中くらいの痛み　　3）強い　　4）かなり強い

6 あしがしびれたり、うずいたりしますか？

0）全くない

1）かなり軽い　　2）中くらいの痛み　　3）強い　　4）かなり強い

→ しびれたり、うずいたりする人は、前かがみになると楽になりますか？

① はい　　② いいえ

7 あしに力が入りますか？

0）問題ない

1）少し入りにくい　2）中くらい力が入らない　3）弱い力しか入らない　4）かなり弱い力しか入らない

8 体はふらつきますか？

0）全くふらつかない

1）時々バランスを崩し、地に足が着かない感じがする

2）いつもバランスを崩し、地に足が着かない感じがする

9 どのくらいの距離を歩けますか？

0）3km以上　　1）300m以上3km未満

2）15m以上300m未満　　3）15m未満

10 屋外に歩いて出かけられますか？

0）問題なく出かけられる　　1）出かけられるが、時々痛みがある

2）出かけられるが、いつも痛みがある　　3）出かけられない

11 食品や雑貨などを買いに出かけられますか？

0）問題なく出かけられる　　1）出かけられるが、時々痛みがある

2）出かけるられが、いつも痛みがある　　3）出かけられない

12 自宅にて別の部屋に行き来できますか？

0）問題なく行き来できる　　1）行き来できるが、時々痛みがある

2）行き来できるが、いつも痛みがある　　3）行き来できない

13 寝室からトイレまで歩けますか？

0）問題なく歩ける　　1）歩けるが、時々痛みがある

2）歩けるが、いつも痛みがある　　3）歩けない

反射・筋力チェックシート

ID

お名前

日付　　　年　　　月　　　日

1 Jackson　（ ＋　－ ）

2 Spurling　（ ＋　－ ）　（ ＋　－ ）

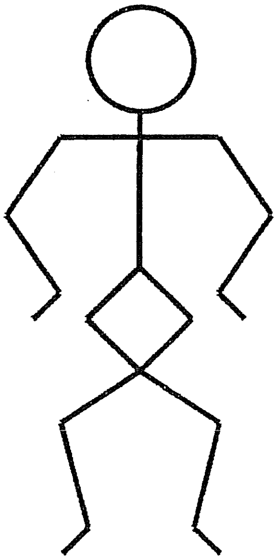
3 肩 ROM 制限　（ ＋　－ ）

4 SLR test　（ ＋　－ ）　（ ＋　－ ）

5 Kemp' s sign　（ ＋　－ ）

6 前屈にて　（ 楽になる　出現する ）

7 上肢筋力低下　（ ＋　－ ）　部位（　　　）

8 下肢筋力低下　（ ＋　－ ）　部位（　　　）

9 上下肢反射・病的反射（Hoffman Babinski）
異常があれば記入してください