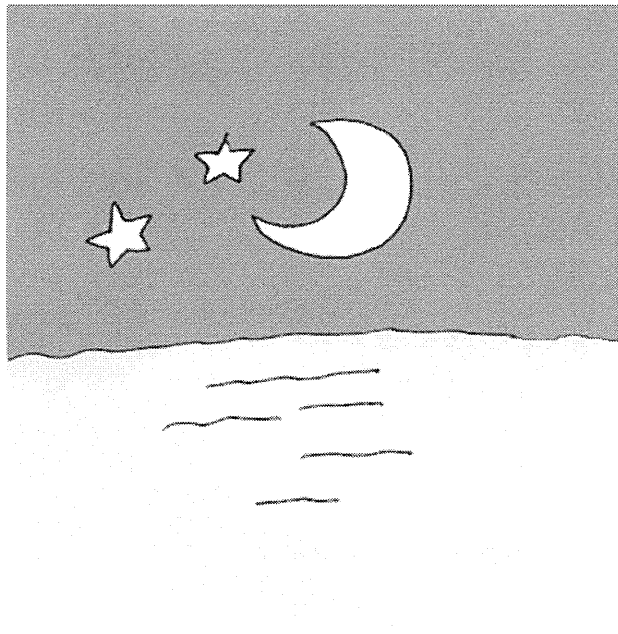




- 5) で3) この3年で閉経になったと答えた方は次の質問にお答え下さい。
- 7) 3年前は月経があったがこの3年で閉経の場合、最後の生理の時は何歳でしたか。  
( ) 歳
- 8) 閉経の理由を教えてください。  
1) 自然に生理が終わった  
2) 手術などの人工的な閉経  
3) その他理由があれば具体的に ( )
- 9) 人工的な閉経の場合、どんな方法によりますか。(いくつ○を付けても結構です)  
1) 子宮を手術で取った ( ) 歳の時  
2) 卵巣を二つとも手術で取った ( ) 歳の時  
3) 卵巣を片方、手術でとった ( ) 歳の時  
4) 卵巣に放射線をあてた ( ) 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受けましたか。  
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。

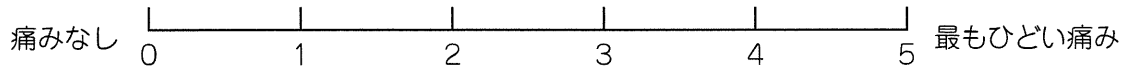
**1** 最近（1ヵ月以内）にくびの痛みがありますか？

1) はい 2) いいえ

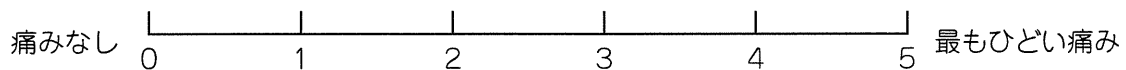
1) はいの人は以下におこたえ下さい。

以下の尺度にもっとも近いところに○をつけて下さい

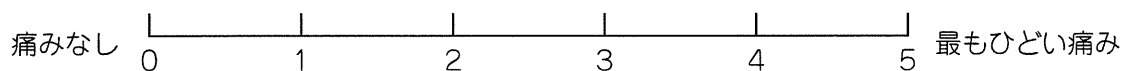
**2** 今日どのくらい痛みがありますか？



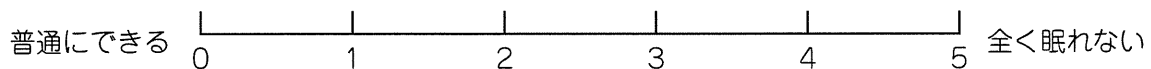
**3** 最近平均してどれくらい痛みがありますか？



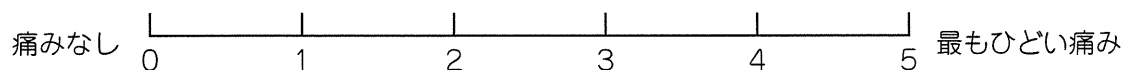
**4** 一番悪い時でどれくらいの痛みがありますか？



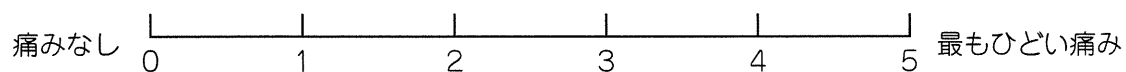
**5** 痛みで睡眠が妨げられますか？



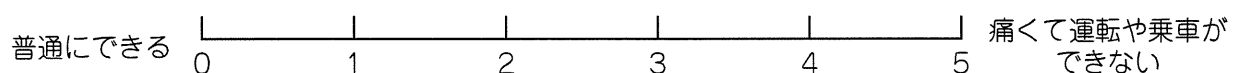
**6** 立っている時、どれくらい痛みますか？



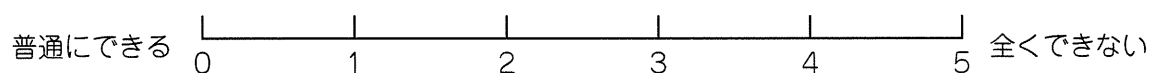
**7** 歩いている時、どれくらい痛みますか？



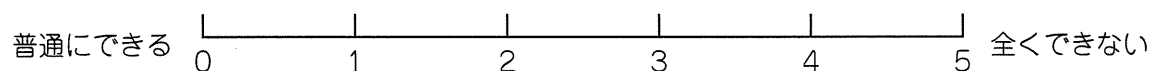
**8** 痛みで運転や車への乗車が妨げられますか？



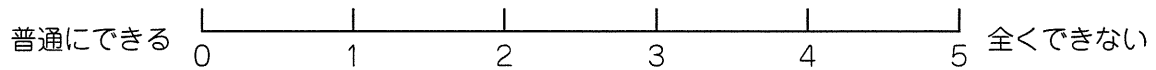
**9** 痛みで社会活動が妨げられますか？



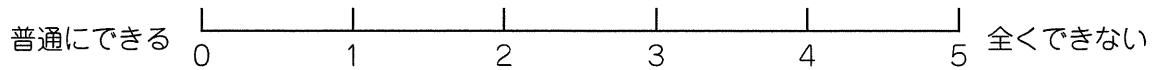
**10** 痛みでレクリエーションが妨げられますか？



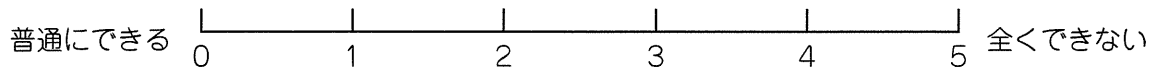
**11** 痛みで仕事が妨げられますか？



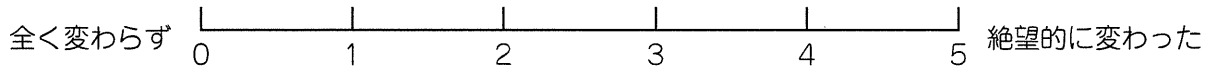
**12** 痛みで身の回りのこと（食事、着衣、入浴）が妨げられますか？



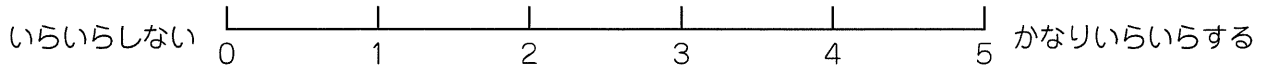
**13** 痛みで人付き合いが妨げられますか？



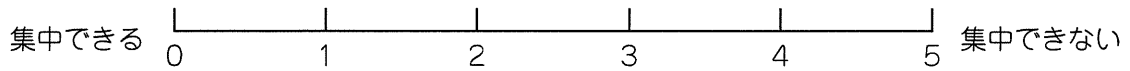
**14** 痛みで人生や将来の見通しが絶望的になったり、うつ状態になったりしますか？



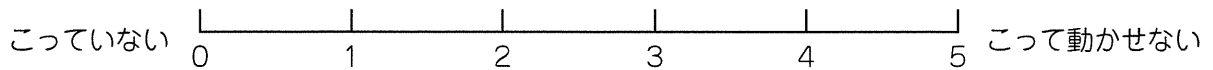
**15** 痛みがあなたの感情に影響していますか？



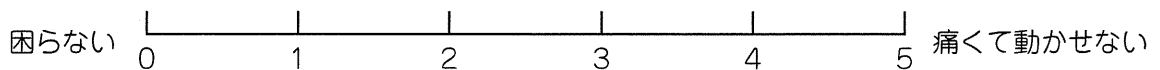
**16** 痛みが考えることや集中することに影響していますか？



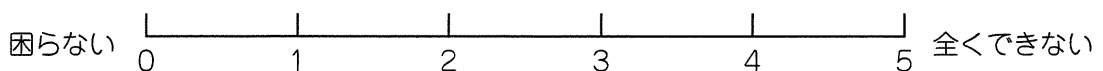
**17** どれくらい首はこっていますか？



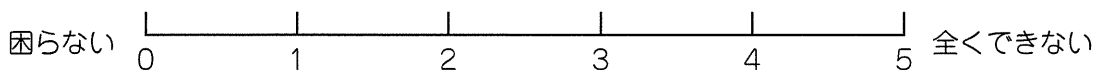
**18** 首を回すのがどれくらい困難ですか？



**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？

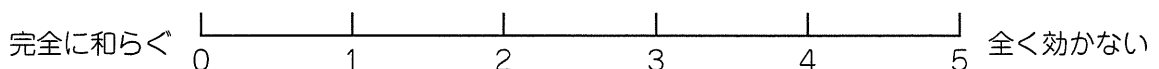


**20** 上を見上げながら作業をするのがどれくらい困難ですか？



**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



**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) 頸部      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) 頸部      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) 頸部      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 (いくつか○をつけてもけっこうです)

- 0) なし
- 1) トリIGGER (① 頸部 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 頸部 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 |

## 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



最近1カ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外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

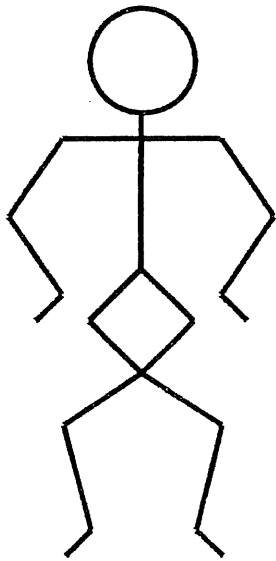
# 反射・筋力チェックシート

ID \_\_\_\_\_

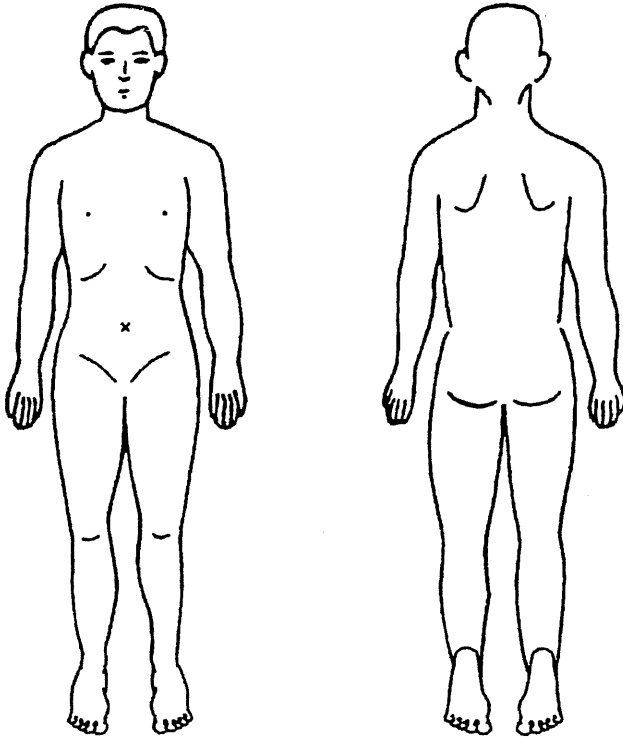
お名前 \_\_\_\_\_

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

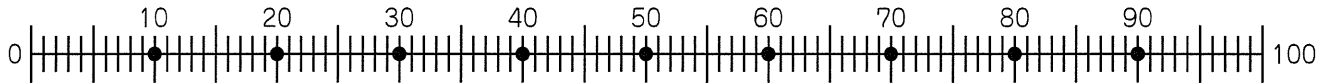


**10** 痛みの場所

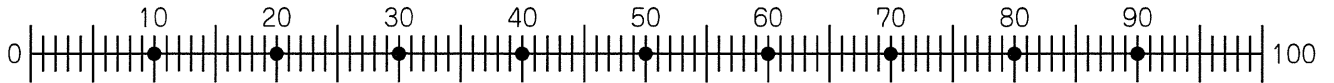


**11** VASscore

首・肩



腰・下肢



**12** 診断チェック (○をつけてください)

頰椎症性脊髄症

頰椎症性神経根症

腰部脊柱管狭窄症

末梢神経障害

その他 ( )

「お体の状態」と「ふだんの生活」について、手足や背骨のことで困難なことがあるかどうかをおたずねします。この1ヵ月の状態を思い出して以下の質問にお答え下さい。それぞれの質問に、**もっとも近い回答を1つ選んで**、○をつけて下さい。やっていないことについては“もしやるとしたらどうか”をお答えください。

## この1ヵ月のからだの痛みなどについてお聞きします。

**1** 頸・肩・腕・手のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。

- 0) 痛くない      1) 少し痛い      2) 中程度痛い      3) かなり痛い      4) ひどく痛い

**2** 背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。

- 0) 痛くない      1) 少し痛い      2) 中程度痛い      3) かなり痛い      4) ひどく痛い

**3** 下肢（脚のつけね、太もも、膝、ふくらはぎ、すね、足首、足）のどこかに痛み（しびれも含む）がありますか。

- 0) 痛くない      1) 少し痛い      2) 中程度痛い      3) かなり痛い      4) ひどく痛い

**4** ふだんの生活でからだを動かすのはどの程度つらいと感じますか。

- 0) つらくない      1) 少しつらい      2) 中程度つらい      3) かなりつらい      4) ひどくつらい

## この1ヵ月のふだんの生活についてお聞きします。

**5** ベッドや寝床から起きたり、横になったりするのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**6** 腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**7** 家の中を歩くのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**8** シャツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**9** ズボンやパンツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**10** トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

**11** お風呂で身体を洗うのはどの程度困難ですか。

- 0) 困難でない      1) 少し困難      2) 中程度困難      3) かなり困難      4) ひどく困難

- 12 階段の昇り降りほどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 13 急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 14 外に出かけるとき、身だしなみを整えるのはどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 15 休まずにどれくらい歩き続けることができますか (もっとも近いものを選んで下さい)。  
0) 2~3km以上 1) 1km程度 2) 300m程度 3) 100m程度 4) 10m程度
- 16 隣・近所に外出するのはどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 17 2kg程度の買い物(1リットルの牛乳パック2個程度)をして持ち帰ることはどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 18 電車やバスを利用して外出するのはどの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 19 家の軽い仕事(食事の準備や後始末、簡単なかたづけなど)は、どの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 20 家のやや重い仕事(掃除機の使用、ふとんの上げ下ろしなど)は、どの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 21 スポーツや踊り(ジョギング、水泳、ゲートボール、ダンスなど)は、どの程度困難ですか。  
0) 困難でない 1) 少し困難 2) 中程度困難 3) かなり困難 4) ひどく困難
- 22 親しい人や友人とのおつき合いを控えていますか。  
0) 控えていない 1) 少し控えている 2) 中程度控えている 3) かなり控えている 4) 全く控えている
- 23 地域での活動やイベント、行事への参加を控えていますか。  
0) 控えていない 1) 少し控えている 2) 中程度控えている 3) かなり控えている 4) 全く控えている
- 24 家の中で転ぶのではないかと不安ですか。  
0) 不安はない 1) 少し不安 2) 中程度不安 3) かなり不安 4) ひどく不安
- 25 先行き歩けなくなるのではないかと不安ですか。  
0) 不安はない 1) 少し不安 2) 中程度不安 3) かなり不安 4) ひどく不安



