

6 あなたが“一番長くついていた仕事”についてお聞きします。

1) その仕事は何ですか？専業主婦業のみの方は、専業主婦とお答えください。それ以外になにか職種についていた場合は、その職種をお答えください。

(具体的に _____)

2) その仕事を始めた年齢は何歳ですか？ (_____) 歳

3) その仕事は何年くらい続けましたか？ (_____) 年くらい

あなたの平均的に仕事をした一日について

① 総合して2時間以上座っていましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

② 総合して2時間以上立ったりあるいたりしていましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

③ 総合して1時間以上ひざまづいていましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

④ 総合して1時間以上しゃがんでいましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

⑤ 総合して4時間以上運転していましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

⑥ 総合して3km以上歩きましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

⑦ 階段を30段以上、上りましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

⑧ 坂道や山道を1時間以上登りましたか？

1) はい 2) いいえ 3) わからない

⑨ 仕事中に平均して1kg程度の荷物の荷物を持ち上げたり運んだりしましたか？

1) 運んだことなし 2) 週1回 3) 週1-10回 4) 週11回以上 5) わからない

⑩ 仕事中に平均して25kg以上の荷物を持ち上げたり運んだりしましたか？

1) 運んだことなし 2) 週1回 3) 週1-10回 4) 週11回以上 5) わからない

⑪ 仕事中に平均して50kg以上の荷物を持ち上げたり運んだりしましたか？

1) 運んだことなし 2) 週1回 3) 週1-10回 4) 週11回以上 5) わからない

⑫ 仕事中に平均して100kg以上の荷物を持ち上げたり運んだりしましたか？

1) 運んだことなし 2) 週1回 3) 週1-10回 4) 週11回以上 5) わからない

3. 移動

1 12ヶ月以上にわたって“ほとんど毎日”自転車を使っていたことがありますか？

- 1) はい 2) いいえ

↓ “はい”の場合、何歳から何歳かすべての時期を教えてください。

() 歳から () 歳まで、() 歳から () 歳まで、() 歳から () 歳まで

2 12ヶ月以上にわたって“ほとんど毎日”バイク(単車)を使っていたことがありますか？

- 1) はい 2) いいえ

↓ “はい”の場合、何歳から何歳かすべての時期を教えてください。

() 歳から () 歳まで、() 歳から () 歳まで、() 歳から () 歳まで

4. スポーツと趣味

1 学校を卒業してから、定期的にしていたスポーツはありますか？ 続けていたのは

1) サッカー () 年間

2) 水泳 () 年間

3) テニス () 年間

4) 野球 () 年間

5) ゴルフ () 年間

6) その他(記載してください) 続けていたのは

() 年間

() 年間

() 年間

() 年間

() 年間

5. 身体活動

該当するものに○をつけてください。

過去7日間の身体活動についてお尋ねします。

この期間、健康や天候の理由でいつもと同じ生活が出来なかった場合には、2週間から3週間前のことについてお答えください。

1 過去7日間 読書やテレビ視聴、工作などで、座っている時間はどのくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない 2) 1~2日 3) 3~4日 4) 5~7日

**2** へ進む

具体的にはどのようなことをしていたのですか？

()

1日平均 どのくらいの時間、座っていましたか？ () 時間

2 過去7日間 運動や仕事、犬の散歩などで外を出歩いたのはどれくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない 2) 1~2日 3) 3~4日 4) 5~7日

**3** へ進む

具体的にはどのようなことをしていたのですか？

()

1日平均 どのくらいの時間、歩いていましたか？ () 時間

3 過去7日間 ボーリング・ゴルフ（カート使用）・釣りなどの軽運動をしたのはどれくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない 2) 1~2日 3) 3~4日 4) 5~7日

**4** へ進む

具体的にはどのようなことをしていたのですか？

()

1日平均 どのくらいの時間、軽運動をしていましたか？ () 時間

4 過去7日間 テニス・ダンスなどの中運動をしたのはどれくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない 2) 1~2日 3) 3~4日 4) 5~7日

**5** へ進む

具体的にはどのようなことをしていたのですか？

()

1日平均 どのくらいの時間、中運動をしていましたか？ () 時間

5 過去7日間 ジョギング・水泳などの重度の運動をしたのはどれくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない 2) 1~2日 3) 3~4日 4) 5~7日

**6** へ進む

具体的にはどのようなことをしていたのですか？

()

1日平均 どのくらいの時間、重度の運動をしていましたか？ () 時間

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

6 過去7日間 筋力強化のために重度の運動をしたのはどれくらいの頻度でしたか？

- 1) 全くしていない
- 2) 1~2日
- 3) 3~4日
- 4) 5~7日

↓ ↓ ↓ ↓

7 へ進む 具体的にはどのようなことをしていたのですか？

1日平均 どのくらいの時間、重度の運動をしていましたか？ () 時間

7 過去7日間 床掃きなどの軽度の家事をしましたか？

- 1) はい
- 2) いいえ

8 過去7日間 掃除機かけ・床拭き・窓拭きなどの重度の家事をしましたか？

- 1) はい
- 2) いいえ

9 過去7日間下記の作業を行いましたか？該当するものにすべてに○をつけてください。

- 1) 家の修理・電気工事など
- 2) ガーデニング
- 3) 庭の手入れ
- 4) 人を抱き上げる動作
- 5) 上記の作業は行わなかった。

10 過去7日間で雇用かボランティアの仕事をしましたか？

- 1) はい
- 2) いいえ

↓

一週間で合計何時間の業務でしたか？ () 時間

6. 生活様式

該当するものに○をつけてください。

1 同年代の方と比べて、あなたの健康状態はいかがですか？

- 1) とてもよい 2) よい 3) 普通 4) よくない 5) とても悪い

過去1ヶ月の仕事や普段の活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか？**2** テーブルを動かす、掃除機をかける、ポーリングやゴルフをするなどの中程度の運動

- 1) だいたいいつも制限された 2) 少し制限された 3) 全く制限されなかった

3 仕事や普段の活動が思ったほどできなかった。

- 1) はい 2) いいえ

4 ある種の仕事や活動が制限された。

- 1) はい 2) いいえ

過去1ヶ月の仕事や普段の活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（たとえば気分が落ち込んだり、不安を感じたりしたため）次のような問題がありましたか？**5** 仕事や普段の活動が思ったほどできなかった。

- 1) はい 2) いいえ

6 ある種の仕事や活動が制限された。

- 1) はい 2) いいえ

7 過去1ヶ月に、いつもの仕事（家事を含む）がどのくらい制限されましたか？

- 1) 全然制限されなかった 2) わずかに制限された 3) 少し制限された
-
- 4) かなり制限された 5) 非常に制限された

次にあげるのは、過去1ヶ月間にあなたがどのように感じたかについての質問です。**8** おちついていて、穏やかな気分でしたか？

- 1) いつも 2) ほとんど 3) だいたい
-
- 4) 時どき 5) まれに 6) 全然なかった

9 活力（エネルギー）にあふれていましたか？

- 1) いつも 2) ほとんど 3) だいたい
-
- 4) 時どき 5) まれに 6) 全然なかった

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

10 おちこんで、ゆううつな気分でしたか？

- 1) いつも 2) ほとんど 3) だいたい
4) 時どき 5) まれに 6) 全然なかった

11 過去1ヶ月間に、友人を訪ねるなどの人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい制限されましたか？

- 1) いつも 2) ほとんど 3) だいたい
4) 時どき 5) まれに 6) 全然なかった

次の質問は、手助けなしにどれくらいの事ができるかについてです。

12 外を400メートルから500メートル歩くのは困難ですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

↓ “はい”の方、このことはいつも困難ですか？

- 1) 時々 2) しばしば 3) この動作はできない

↓ 健康上の問題からできないのですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

13 階段を10段上がるのは困難ですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

↓ “はい”の方、このことはいつも困難ですか？

- 1) 時々 2) しばしば 3) この動作はできない

↓ 健康上の問題からできないのですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

14 食事の準備は困難ですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

↓ “はい”の方、このことはいつも困難ですか？

- 1) 時々 2) しばしば 3) この動作はできない

↓ 健康上の問題からできないのですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

15 床を掃いたり、窓を拭くなどの家事は困難ですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

↓ “はい”の方、このことはいつも困難ですか？

- 1) 時々 2) しばしば 3) この動作はできない

↓ 健康上の問題からできないのですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

16 買い物に出かけるのは困難ですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

↓ “はい” の方、このことはいつも困難ですか？

- 1) 時々 2) しばしば 3) この動作はできない

↓ 健康上の問題からできないのですか？

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない

7. 食事療法について

該当するものに○をつけてください。

1 過去に特別な食事療法をしたことがありますか？（複数回答可）

- 1) 減塩食 2) 低カロリー食 3) 低糖質食 4) 低脂肪食
5) 低タンパク食 6) 高繊維食 7) 菜食（野菜食）
8) その他 → ()

8. 食生活について

1 現在食事はきちんと3食とっていますか？ 1) はい 2) いいえ

2 現在 食事制限はしていますか？ 1) はい 2) いいえ

3 食事制限をしている方はどのような食事制限をしていますか？

該当するものに○をつけてください。いくつつけても構いません。（複数回答可）

- 1) 食塩 2) 糖質 3) カロリー 4) 脂肪 5) その他

4 今までにダイエットをしたことはありますか？

- 1) はい 2) いいえ

↓

5 “はい” の場合、一番近いダイエットは、何歳の時で何キロくらいやせましたか？

() 歳 - (.) kg

6 “はい” の場合、今もやせた体重を維持していますか？

- 1) はい
2) いいえ → 太った + (.) kg
やせた - (.) kg

9. 今までの骨折や骨の病気のことについて

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 今までで骨折したことがありますか？

- 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 と答えた方は **11** へお進みください。

2 骨折の場所はどこですか？（もし2ヶ所以上の場合に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) 右手掌(手のひら) () 歳
6) 左手掌(手のひら) () 歳
7) 右手指 () 歳
8) 左手指 () 歳
9) 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

- 10) 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

- 11) 背骨、腰骨 () 歳

- 12) 右膝 () 歳

- 13) 左膝 () 歳

- 14) 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回以上の場合に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、次に当てはまることがありましたか？（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。)
- 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

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

10 骨折部が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 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

(もし) 2) いいえ

12 今までに骨粗鬆症の治療(骨が強くなる)をしたことがありますか？

- 1) はい
- 2) いいえ

10. 過去1年のころんだことについて**1** 過去1年に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 と答えた方は14ページへお進みください。

2 ころんだことがある方は何回ぐらいころびましたか？

() 回ぐらい

それはいつですか？ (年 月) (年 月) (年 月)

(年 月) (年 月) (年 月)

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) 打ち身はあったが寝込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)

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

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、次に当てはまることがありましたか？

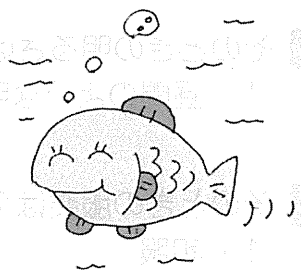
（いくつ選んでも結構です。）

- 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

10 そのとき、次の薬や飲み物を飲んでいましたか？

（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 ）



11. 病気やくすりについて

今までに病気にかかった（医療機関で言われた、医師に診察してもらった）ことがないかどうか、お教えてください。

1 今までで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

2 今までに高血圧にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

3 今までに高脂血症にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

4 今までに糖尿病にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

5 今までにインスリン治療をしたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

6 今までに痛風にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

7 今までに狭心症にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

8 今までに心筋梗塞にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

9 今までに気管支喘息にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

10 今までにうつ病にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

11 今までに胃潰瘍にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

12 今までに十二指腸潰瘍にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

13 今までにピロリ菌にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない 3) 不明

→ 1) ある の場合除菌をしましたか？ ① した ② しない

14 今までに胃の手術を受けたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

15 今までに腎透析をしたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

16 今までにがんと診断されたことはありますか？

- 1) ある 2) ない

→ 1) ある の場合、部位はどこですか？ ()

17 今までに脳梗塞、脳卒中といわれたことはありますか？

- 1) ある 2) ない

18 (男性のみ) 今までに前立腺肥大といわれたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

19 今までに関節リウマチといわれたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

20 今までにパーキンソン病といわれたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

21 今までにその他のけがや病気で医療機関にかかったことはありますか？

- 1) ある 2) ない

→ 1) ある の場合 (具体的に)

22 今までに3ヶ月以上次のくすりをのんだことがありますか？

			名前がわかれば 記入してください
① 降圧薬	1) はい	2) いいえ	
② コレステロールを下げる薬	1) はい	2) いいえ	
③ 中性脂肪を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
④ 血糖を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
⑤ 尿酸を下げる薬	1) はい	2) いいえ	
⑥ ステロイドホルモン	1) はい	2) いいえ	
⑦ 経口避妊薬	1) はい	2) いいえ	
⑧ 抗うつ剤 (気分のおちこみをおさえる薬)	1) はい	2) いいえ	
⑨ 安定剤、睡眠薬	1) はい	2) いいえ	
⑩ 消炎鎮痛剤 (痛みどめ)	1) はい	2) いいえ	
⑪ カルシウム剤	1) はい	2) いいえ	
⑫ ビタミンD (ワンアルファ、アルファロール、エディロールなど)	1) はい	2) いいえ	
⑬ ビタミンK (グラケー)	1) はい	2) いいえ	
⑭ カルシトニン (骨の注射) (エルシトニン)	1) はい	2) いいえ	
⑮ PTH (骨の皮下注射) (フォルテオ、テリボンなど)	1) はい	2) いいえ	
⑯ エピスタ、ピピアント (骨を強くする女性ホルモンのような作用をする薬)	1) はい	2) いいえ	
⑰ ビスフォスフォネート (ボナロン、フォサマック、ベネット、アクトネル、リカルボン、ボノテオなど)	1) はい	2) いいえ	
⑱ プラリア (半年に1回の注射)	1) はい	2) いいえ	
⑲ 抗リウマチ薬	1) はい	2) いいえ	
⑳ その他	()		

12. 関節の痛みについて

1 過去1ヶ月の腰痛について教えてください。

- 1) あり ア) ほぼ毎日
 イ) 1～2週程度
 ウ) 1～2日程度

2) なし

2 腰痛について治療をしましたか？

- 1) はい
2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射 オ) 通院
カ) 手術 キ) その他（具体的に

3 過去1ヶ月の膝痛について教えてください。

- 1) あり ア) ほぼ毎日（①右 ②左 ③両方）
 イ) 1～2週程度（①右 ②左 ③両方）
 ウ) 1～2日程度（①右 ②左 ③両方）

2) なし

4 膝痛について治療をしましたか？

- 1) はい
2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射 オ) 通院
カ) 手術 キ) その他（具体的に

5 過去1ヶ月の頸部痛について教えてください。

- 1) あり ア) ほぼ毎日
 イ) 1～2週程度
 ウ) 1～2日程度

2) なし

6 頸部痛について治療をしましたか？

- 1) はい
2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射 オ) 通院
カ) 手術 キ) その他（具体的に ）

7 過去1ヶ月の肩関節痛について教えてください。

- 1) あり ア) ほぼ毎日（①右 ②左 ③両方）
 イ) 1～2週程度（①右 ②左 ③両方）
 ウ) 1～2日程度（①右 ②左 ③両方）

2) なし

8 肩関節痛について治療をしましたか？

- 1) はい
2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射 オ) 通院
カ) 手術 キ) その他（具体的に ）

9 過去1ヶ月の股関節痛について教えてください。

- 1) あり ア) ほぼ毎日（①右 ②左 ③両方）
 イ) 1～2週程度（①右 ②左 ③両方）
 ウ) 1～2日程度（①右 ②左 ③両方）

2) なし

10 股関節痛について治療をしましたか？

- 1) はい
2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射 オ) 通院
カ) 手術 キ) その他（具体的に ）

● 第4回 お達者整形外来問診票 ● ● ●

11 過去1ヶ月の手の痛みについて教えてください。

1) あり

ア) ほぼ毎日 (① 右 ② 左 ③ 両方)

イ) 1~2週程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

ウ) 1~2日程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ 痛い部位 (① 手指 ② 手のひらまたは手の甲

③ 手首 ④ その他 (具体的に

2) なし

12 手の痛みについて治療をしましたか？

1) はい

2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射

オ) 通院

カ) 手術

キ) その他 (具体的に

13 過去1ヶ月のその他の関節の痛みについて教えてください。

1) あり

ア) ほぼ毎日 (① 右 ② 左 ③ 両方)

イ) 1~2週程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

ウ) 1~2日程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ その部位はどこですか。複数の場合はすべてお答えください。(

2) なし

14 その他の関節の痛みについて治療をしましたか？

1) はい

2) いいえ

→ 1) はいと答えた方は、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) 注射

オ) 通院

カ) 手術

キ) その他 (具体的に

15 過去1ヶ月の下肢のしびれについて教えてください。

1) あり

ア) ほぼ毎日 (① 右 ② 左 ③ 両方)

イ) 1～2週程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

ウ) 1～2日程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ しびれの部位 (複数回答可)

臀部 (でんぷ) : ① 右 ② 左 ③ 両方

太ももから下肢 : ① 右 ② 左 ③ 両方

足 : ① 右 ② 左 ③ 両方

2) なし

16 過去1ヶ月の手のしびれについて教えてください。

1) あり

ア) ほぼ毎日 (① 右 ② 左 ③ 両方)

イ) 1～2週程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

ウ) 1～2日程度 (① 右 ② 左 ③ 両方)

→ しびれの部位 (① 手指 ② 手のひらまたは手の甲 ③ 手首

④ 肘 ⑤ その他 (具体的に

))

2) なし

13. 外傷歴

今までにあった外傷について、お聞きします。

1 今までに医師にかかるほどひどく股関節をけがした（打撲、骨折、ねんざ、靭帯損傷など）ことはありますか？

1) はい 2) いいえ

↓ “はい” の方は回答してください。

1) 右股のみ 2) 左股のみ 3) 両股

どのような障害でしたか？具体的にお答え下さい。

()

↓ 何歳のときでしたか？

() 歳

2 今までに医師にかかるほどひどく膝をけがした（打撲、骨折、ねんざ、靭帯損傷など）ことはありますか？

1) はい 2) いいえ

↓ “はい” の方は回答してください。

1) 右膝のみ 2) 左膝のみ 3) 両膝

どのような障害でしたか？具体的にお答え下さい。

()

↓ 何歳のときでしたか？

() 歳

3 今までに医師にかかるほどひどく手をけがした（打撲、骨折、ねんざ、靭帯損傷など）ことはありますか？

1) はい 2) いいえ

↓ “はい” の方は回答してください。

1) 右手のみ 2) 左手のみ 3) 両手

どのような障害でしたか？具体的にお答え下さい。

()

↓ 何歳のときでしたか？

() 歳