

浦安せきぐちクリニック [リウマチ]

記入日

年

月

日

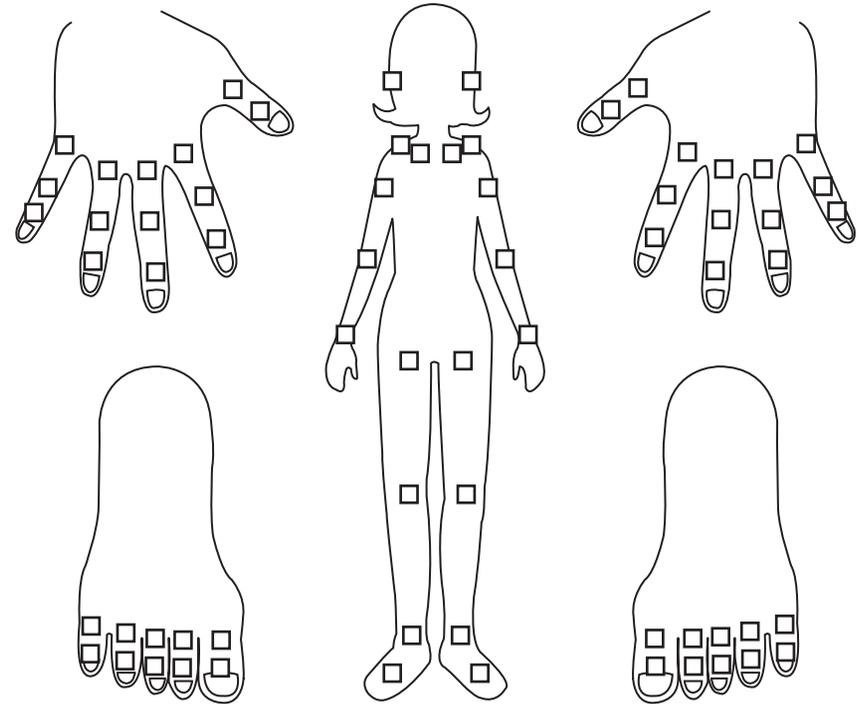
氏名

◆前回からの変化やお困りの症状がございましたら、ご記入ください。

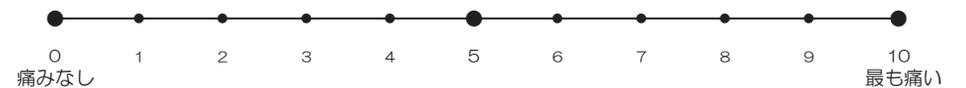
◆この1週間の状態につきお答えください。

| 各質問項目の当てはまる回答に☑をつけてください。 | 簡単に一人 でできる | 何とか一人 でできる | 人に手伝って 貰えばできる | 全く できない |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 着衣と身繕い | | | | |
| 1. 服を着たり、ボタンをする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 髪を洗う | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 起立 | | | | |
| 3. 肘掛けのない椅子から立ち上がる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 寝床に入ったり、寝床から起き上がる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食事 | | | | |
| 5. 箸で食べ物をつかむ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. いっぱいに入った飲み物を口までもっていく | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 新しい牛乳パックの口を開ける | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 歩行 | | | | |
| 8. 平地を3分間位、自分のペースで歩く | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 階段を5段上がる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 衛生 | | | | |
| 10. 入浴時に全身を洗い、タオルで拭く | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 浴槽に入る | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 洋式便座に座り、立ち上がる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 動作 | | | | |
| 13. 棚の上の2kg程度の物に手を伸ばして、降ろす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 前かがみになって、床の上の物を拾い上げる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 握力 | | | | |
| 15. 自動車のドアを開ける | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ガラスびんのふたを回して開ける | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 水道の蛇口を開け閉め | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他 | | | | |
| 18. 近所の商店街へ買い物に行く | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 自動車の乗り降り | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. 洗濯や掃除などの家事をする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

◆痛みのある関節部位にXをつけてください。



◆どの程度、痛みを感じていますか？



◆全般的な症状はどのようですか？

