

HRQOL for DRF-JHTS

Health Related Quality of Life for Distal Radius Fracture
Japan Hand Therapy Society

橈骨遠位端骨折に対する健康関連QOL評価表

このアンケートは、あなたの肘や手や指に起こっている症状が、
ここ1週間のあなたの生活の質にどう影響をしていたのかを
お尋ねするものです。

自己記入用

◇記入年月日 20__年 __月 __日

◇性別 男性 ・ 女性

◇年齢 ____歳

◇利き手 右利き ・ 左利き ・ 両利き

Q1 あなたの症状に最も近いと思う答えに一つだけ☑チェックしてください。

	1	2	3	4	5
	全く なかった	少し あった	ときどき あった	わりに あった	すごく あった
1. 何をしなくても手や指に痛みがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 手を動かすと痛みがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 手首の小指側に痛みがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 天候によって手の調子が変わった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 手首がこわばった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全く なかった	少し あった	ときどき あった	わりに あった	すごく あった
6. 手に違和感があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 手を人前に出すことが恥ずかしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 傷跡が気になった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 手の腫れが気になった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 手を使うのが怖かった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全く なかった	少し あった	ときどき あった	わりに あった	すごく あった
11. 手を長時間使用する時に休憩が必要だった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 重いものを持つ時に工夫が必要だった(持ち方の変更, 装具の使用, 置く場所の工夫など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. けがをした手で作業をする時に不安を感じた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 今までと同じように仕事や日常生活ができなかった(装具・サポーターの使用, 持ち方や置き方の工夫が必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
	全く なかった	少し あった	ときどき あった	わりに あった	すごく あった
15. 将来の手や指の使用に不安を感じた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2 以下の生活動作を行う際に、あなたが最も近いと思う答えに一つだけ☑チェックしてください。行っていない場合は行うと想像してお答えください。

	1	2	3	4	5
	問題 なかった	少し 困難だった	中等度 困難だった	とても 困難だった	できなかつ た
16. 悪い方の手をついて立つ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. タオルをしぼる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 悪い方の手でドアノブを回す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 悪い方の手でおつりを受けてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	問題 なかった	少し 困難だった	中等度 困難だった	とても 困難だった	できなかつ た
20. 重量物を運搬する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 長時間の作業をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 趣味活動をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 仕事をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	問題 なかった	少し 困難だった	中等度 困難だった	とても 困難だった	できなかつ た
24. 家事をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 外に出かける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 乗り物に乗る(電車・バスなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

これで終わりです。ありがとうございました。