

頰椎疾患を有する患者さんへのアンケート（外来）

★アンケート記入後は、外来担当医に提出をお願いいたします。アンケートを回収した医師は、外来の脊椎アンケート回収ボックスに入れてください。

ID _____

氏名 _____

手術日時 _____ 西暦 20 年 月 日

アンケート記入日時 _____ 西暦 20 年 月 日

術後半年・術後1年・術後2年・それ以外

1枚目（旧 JOA score）は、医師が記入してください。

2枚目以降は患者さんが記入してください。

頸髄症治療成績判定基準 (旧 JOA score)

運	手	0 [不 能]	自力では不能 (箸, スプーン・フォーク, ボタンかけすべて不能)
		1 [高度障害]	箸, 書字, 不能, スプーン・フォークで辛うじて可能
指	2 [中等度障害]	箸で大きな物をつまめる, 書字, 辛うじて可能, 大きなボタンかけ可能	
	3 [軽度障害]	箸, 書字どこもない, ワイシャツの袖のボタンかけ可能	
動	肩・肘機能	4 [正 常]	正常
		-2 [高度障害]	三角筋または上腕二頭筋 ≤ 2
機		-1 [中等度障害]	〃 = 3
		(-0.5 [軽度障害])	〃 = 4
能	下	0 [不 能]	独立, 独歩不能
		(0.5)	立位は可能
肢	1 [高度障害]	平地でも支持が必要	
	(1.5)	平地では支持なしで歩けるが, 不安定	
2 [中等度障害]	2 [中等度障害]	平地では支持不要, 階段の昇降に手すり必要	
	(2.5)	〃, 階段の降りのみ手すり必要	
3 [軽度障害]	3 [軽度障害]	どこもないが, 速歩可能	
	4 [正 常]	正常	
知	上	0 [高度障害]	知覚脱失 (触覚, 痛覚)
		(0.5)	5/10 以下の鈍麻 (触覚, 痛覚), 耐えがたいほどの痛み, しびれ
肢	1 [中等度障害]	6/10 以上の鈍麻 (触覚, 痛覚), しびれ, 過敏	
	(1.5 [軽度障害])	軽いしびれのみ (知覚正常)	
2 [正 常]	2 [正 常]	正常	
	機	体	0 [高度障害]
(0.5)			5/10 以下の鈍麻 (触覚, 痛覚), 耐えがたいほどの痛み, しびれ
幹	1 [中等度障害]	6/10 以上の鈍麻 (触覚, 痛覚), 絞扼感, しびれ, 過敏	
	(1.5 [軽度障害])	軽いしびれのみ (知覚正常)	
2 [正 常]	2 [正 常]	正常	
	能	下	0 [高度障害]
(0.5)			5/10 以下の鈍麻 (触覚, 痛覚), 耐えがたいほどの痛み, しびれ
肢	1 [中等度障害]	6/10 以上の鈍麻 (触覚, 痛覚), しびれ, 過敏	
	(1.5 [軽度障害])	軽いしびれのみ (知覚正常)	
2 [正 常]	2 [正 常]	正常	
	膀胱機能	0 [高度障害]	尿閉, 失禁
1 [中等度障害]		残尿感, 怒責, 尿切れ不良, 排尿時間延長, 尿もれ	
2 [軽度障害]	2 [軽度障害]	開始遅延, 頻尿	
	3 [正 常]	正常	
合 計 17			計 (改善率)

最近1週間ぐらいを思い出して、設問ごとに、あなたの状態にもっとも近いものの番号に○をつけてください。日や時間によって状態が変わる場合は、もっとも悪かったときのものをお答えください。

問1-1

いすに腰掛けて、首だけを動かして、自分の真上の天井をみることができますか

- 1) できない 2) 無理をすればできる 3) 不自由なくできる

問1-2

コップの水を一気に飲み干すことができますか

- 1) できない 2) 無理をすればできる 3) 不自由なくできる

問1-3

いすに座って、後ろの席に座った人の顔を見ながら話をする事が出来ますか

- 1) できない 2) 無理をすればできる 3) 不自由なくできる

問1-4

階段を下りるときに、足元を見ることができますか

- 1) できない 2) 無理をすればできる 3) 不自由なくできる

問2-1

ブラウスやワイシャツなどの前ボタンを両手を使ってかけることができますか

- 1) できない 2) 時間をかければできる 3) 不自由なくできる

問2-2

きき手でスプーンやフォークを使って食事ができますか

- 1) できない 2) 時間をかければできる 3) 不自由なくできる

問2-3

片手をあげることができますか（左右の手のうち悪いほうで教えてください）

- 1) できない 2) 途中まで（肩の高さぐらいまで）ならあげることができる
3) すこし手が曲がるが上にあげることができる 4) まっすぐ上にあげることができる

問3-1

平らな場所を歩くことができますか

- 1) できない
2) 支持（手すり、杖、歩行器など）を使ってもゆっくりとしか歩くことができない
3) 支持（手すり、杖、歩行器など）があれば、歩くことができる
4) ゆっくりとならば歩くことができる
5) 不自由なく歩くことができる

問3-2

手で支えずに片足立ちができますか

- 1) どちらの足もほとんどできない
2) どちらかの足は10秒数えるまではできない
3) 両足とも10秒数える間以上できる

問3-3

あなたは、からだのぐあいが悪いことから、階段で上の階へ上ることをむずかしいと感じますか

- 1) とてもむずかしいと感じる 2) 少しむずかしいと感じる
3) まったくむずかしいとは感じない

問3-4

あなたは、からだのぐあいが悪いことから、体を前に曲げる・ひざまずく・かがむ動作をむずかしいと感じますか。どれかひとつでもむずかしく感じる場合は「感じる」としてください

- 1) とてもむずかしいと感じる 2) 少しむずかしいと感じる
3) まったくむずかしいとは感じない

問3-5

あなたは、からだのぐあいが悪いことから、15分以上つづけて歩くことをむずかしいと感じますか

- 1) とてもむずかしいと感じる 2) 少しむずかしいと感じる
3) まったくむずかしいとは感じない

問4-1

おしっこ（尿）を漏らすことがありますか

- 1) いつも漏れる
- 2) しばしば漏れる
- 3) 2時間以上おしっこ（排尿）しないと漏れる
- 4) くしゃみや気張ったときに漏れる
- 5) まったくない

問4-2

夜中に、トイレ（おしっこ（排尿））に起きますか

- 1) 一晩に3回以上起きる
- 2) 一晩に1、2回起きる
- 3) ほとんど起きることはない

問4-3

おしっこ（排尿）の後も、尿の残った感じがありますか

- 1) たいていのときにある
- 2) あるときとないときがある
- 3) ほとんどのときがない

問4-4

便器の前で（便器に座って）、すぐにおしっこ（尿）が出ますか

- 1) たいていのときすぐには出ない
- 2) すぐに出るときとすぐには出ないときがある
- 3) ほとんどのときすぐに出る

問5-1

あなたの現在の健康状態をお答えください

- 1) よくない
- 2) あまりよくない
- 3) よい
- 4) とてもよい
- 5) 最高によい

問5-2

あなたは、からだのぐあいが悪いことから、仕事や普段の活動が思ったほどできなかったことがありますか

- 1) いつもできなかった
- 2) ほとんどいつもできなかった
- 3) ときどきできないことがあった
- 4) ほとんどいつもできた
- 5) いつもできた

問5-3

痛みのために、いつもの仕事はどのくらい妨げられましたか

- 1) 非常に妨げられた
- 2) かなり妨げられた
- 3) 少し妨げられた
- 4) あまり妨げられなかった
- 5) まったく妨げられなかった

問5-4

あなたは落ち込んでゆううつな気分を感じましたか

- 1) いつも感じた
- 2) ほとんどいつも感じた
- 3) ときどき感じた
- 4) ほとんど感じなかった
- 5) まったく感じなかった

問5-5

あなたは疲れ果てた感じでしたか

- 1) いつも疲れ果てた感じだった
- 2) ほとんどいつも疲れ果てた感じだった
- 3) ときどき疲れ果てた感じだった
- 4) ほとんど疲れを感じなかった
- 5) まったく疲れを感じなかった

問5-6

あなたは楽しい気分でしたか

- 1) まったく楽しくなかった
- 2) ほとんど楽しくなかった
- 3) ときどき楽しい気分だった
- 4) ほとんどいつも楽しい気分だった
- 5) いつも楽しい気分だった

問5-7

あなたは、自分は人並みに健康であると思いますか

- 1) 「人並みに健康である」とはまったく思わない
- 2) 「人並みに健康である」とはあまり思わない
- 3) かるうじて「人並みに健康である」と思う
- 4) ほぼ「人並みに健康である」と思う
- 5) 「人並みに健康である」と思う

問5-8

あなたは、自分の健康が悪くなるような気がしますか

- 1) 悪くなるような気が大にする
- 2) 悪くなるような気が少しする
- 3) 悪くなるような気がするときもしないときもある
- 4) 悪くなるような気はあまりしない
- 5) 悪くなるような気はまったくしない

複写は可だが、改変を禁ずる
会員以外の無断使用を禁ずる。

次の各症状について、「痛みやしびれが全くない状態」を0、「想像できるもっともひどい状態」を10と考えて、最近1週間で最も症状のひどい時の痛みやしびれの程度が、0から10の間のいくつぐらいで表せるかを線の上に記してください。

くびや肩の痛みやこりがある場合、その程度は 0 _____ 10

胸を締め付けられる様な感じがある場合、その程度は 0 _____ 10

腕や手に痛みやしびれがある場合、その程度は（両手にある場合はひどい方） 0 _____ 10

胸から足先にかけて痛みやしびれがある場合、その程度は 0 _____ 10

まったく
ない

想像できる
もっとも
ひどい
状態

複写は可だが、改変を禁ずる
会員以外の無断使用を禁ずる。

© 2007 社団法人日本整形外科学会