

Hand 20

じょうしきのうひょうか ほんど きにゆう 上肢機能評価 (Hand 20) の記入について

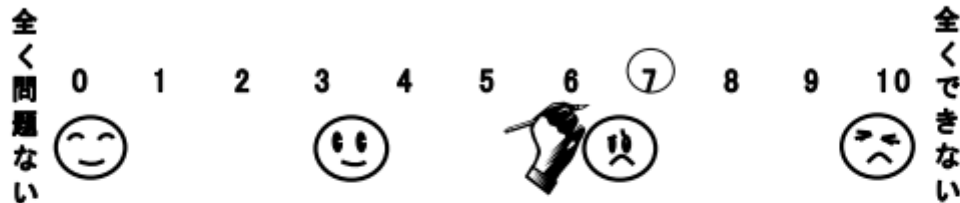
この質問表はあなたの手や腕の症状や能力を調べるためのものです。

それぞれの質問に対して、先週1週間の状態を思い出して教えてください。

質問文とその内容を示したイラストがあります。各動作を行うにあたって、左右どちらの手あるいは両手を使ったかは関係ありません。あなたがどの程度できたかを○で示してください。普通にできたときは0に○をします。全くできなかった時は10です。半分くらいできたときは5です。10段階の中、どのあたりになるか考えて数字に○をしてください。あなたが普通は右手で字を書いている、先週は何かのトラブルが起き左手で書いていたなら、左手で字を書く動作について最も当てはまる状態を示してください。

質問の中にあなたが先週1週間で実際に行っていないものがあつた場合には、どの程度できたかを想像して、できるだけすべての質問にお答えください。

(例) 下の例は普通の10分の3(30%)程度できると思ったときの○の位置です。顔をしかめるほどはやりたくないけれども、普段どおりにはできない状態です。








なまえ
お名前 _____











ねんれい さい せいべつ おとこ おんな き て みぎ ひだり
年齢 歳 性別 男 / 女 利き手 右 / 左

きにゆうび ねん がつ ち
記入日 年 月 日

ばんごう
カルテ番号 _____



	どうきないよう 動作内容	ひょうか すうじ 評価(数字に○をつけてください。)
1	りょうて せんがん 両手で洗顔する 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
2	りょうて つめ きり 両手の爪を切る (爪きりを使って) 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
3	りょうて 両手でのシャツの ボタンのかけはずし 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
4	わるいほうの手で コインを拾う 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
5	わるいほうの手で 蛇口をひねる 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
6	りょうて つか 両手を使って 牛乳パックを開ける 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
7	ペットボトルの フタを開ける 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
8	タオルをかたく絞る 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
9	ぼうちよう 包丁でリンゴの かわをむく 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞
10	わるいほうの手で 円形のドアノブを回し、 重いドアを開ける 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 ☺ ☹️ 😞

	動作内容	評価(数字に○をつけてください。)
11	頭上の棚に両手で 重いカバンをのせる (5kgのカバン) 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くできない
12	洗濯物を洗濯バサミを 使って干す 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くできない
13	両手で髪を洗う 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くできない
14	わるいほうの手で 新聞のページをめくる 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くできない
15	力仕事を 精一杯できる 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くできない
16	わるいほうの手を 人前に出すとき 美容的に気になる 	全く気にならない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全くみせられない
17	趣味に支障がある (絵、裁縫、 スポーツなど) 	全く支障がない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 何もできない
18	日常生活に 支障がある 	全く支障がない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 何もできない
19	わるいほうの手は どの程度痛いですか 	全く痛くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 耐えられない
20	わるいほうの手のために 自信を失っている 	全く問題ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Smiley face) (Neutral) (Frowny face) (Sad face) 全く自信がない

ご協力ありがとうございました。

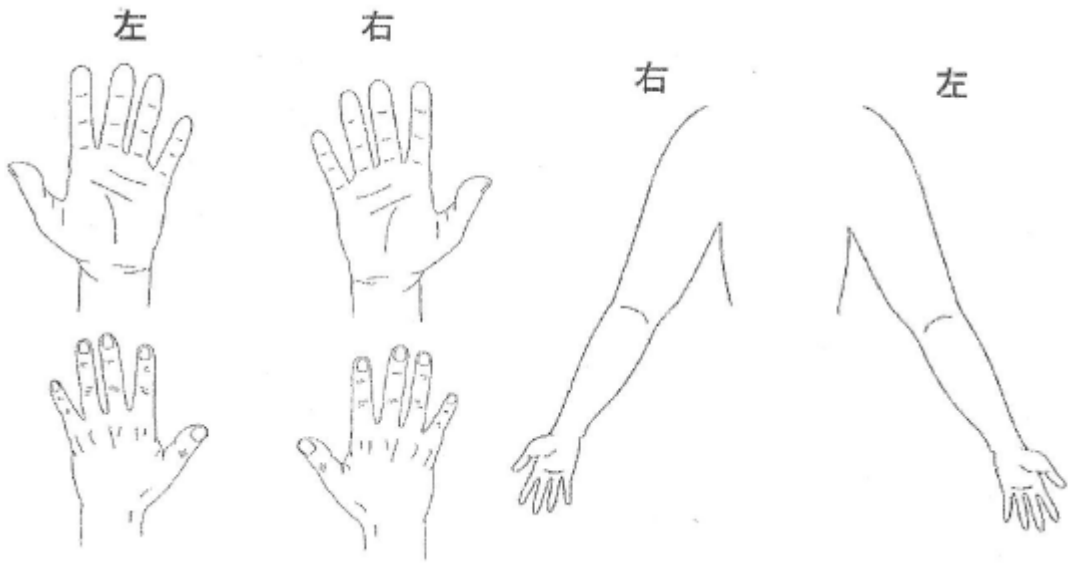
記載日： _____

お名前： _____ 生年月日： _____ () 歳

ご職業： _____
(詳しい業務内容を書いてください。 ×会社員、パート)

利き手： 右 ・ 左 本日、紹介状はお持ちですか： ある ・ ない

1.a：症状のある部分に印を付け、具体的な症状をお書きください。



b：症状はいつからありますか
_____ 年 月 日から (その他 _____)

c：原因はありますか (具体的な原因を記載してください)
交通事故 (_____)、スポーツ (_____)
労災 (_____)、原因不明

d：他の病院で治療を受けましたか _____ 病院・医院に通院
(治療内容 _____)

2.今までに大きな病気にかかったことがありますか ある ・ ない
(病名： _____)

3.現在治療中の病気はありますか ある ・ ない
(病名： _____)

4.薬・注射や食べ物のアレルギーはありますか ある ・ ない
(原因： _____)

5.女性の方のみ (レントゲン検査や薬の処方のために必ずお答えください)
妊娠の可能性はありますか ある (妊娠 _____ ヶ月) ・ ない
最近の生理開始日はいつですか (_____ 年 月 日から)
現在、授乳中ですか はい ・ いいえ

記入日	年	月	日	男・女	歳	身長	cm
ふりがな						体重	Kg・g
お名前	様			ご職業			
生年月日	年	月	日				
スタッフ記載欄	血压	mmHg	脈拍	回/分	体温	℃	O ₂ SAT %

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？

- なし
- がん (歳) 喘息 (歳) 高血圧 (歳)
- 糖尿病 (歳) 心臓病 (歳) 肝臓病 (歳)
- 腎臓病 (歳) 脳卒中 (歳) 結核 (歳)
- その他(病名:) (歳)
- 手術 (病名/手術名:) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

- なし
- がん (続柄:) 喘息 (続柄:) 高血圧 (続柄:)
- 糖尿病 (続柄:) 心臓病 (続柄:)
- 腎臓病 (続柄:) 脳卒中 (続柄:)
- その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
- なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名:) 造影剤 麻酔薬
- その他()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？
- いいえ はい ⇒ 薬品名()
- * 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
- 飲まない 時々飲む ⇒ ()を()杯/合/mL 週()日
- 毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/mL
- ② タバコは吸いますか？
- 吸わない 吸う ⇒ 1日に()本 ()歳~
- 今は吸わない ⇒ ()~()歳まで 1日に()本()年間

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ ()歳頃 わからない

お名前 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼アレルギーについてお聞きします。

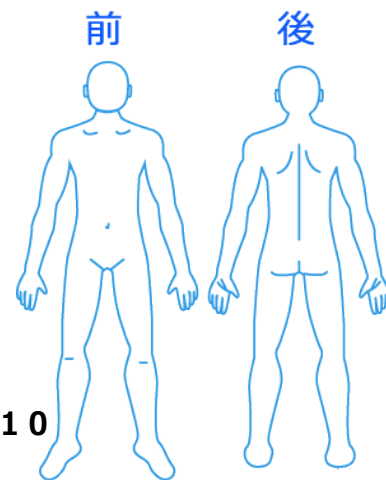
- ① 食物でアレルギーはありますか？
なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ()
- ② その他、アレルギーはありますか？
なし
花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ()

▼せきは出ていますか？

- なし あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい
② 2週間以上、せきが続けていますか？ いいえ はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

- なし あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① 痛い場所はどこですか？
右図の該当する部位に○をつけてください。
- ② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？
該当する数字に○をつけてください。



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- 食事量の変化なし 食事量がおよそ2/3に減った 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- 体重の減少に変化なし 1 kg～3 kgの体重の減少あり 3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

- なし あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① いつ頃ですか？ ()ヶ月前
② どのように転びましたか？
ふらついた つまずいた 足がもつれた
その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

- なし あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① いつですか()～()
② どこへいきましたか ()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

- はい いいえ わからない 授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

- 本人 家族：お名前 () (続柄：)
その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

- どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？
はい 悪い結果なら知りたくない その他

▼この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

- いいえ はい→受診時期 ()月頃 / 指導事項 なし あり