

THE

QuickDASH

OUTCOME MEASURE

The JSSH Version

上肢障害評価表 (QuickDASH) の記入について

この質問表は、あなたの手の症状や能力（どの程度できたか？）についてお聞きするものです。

それぞれの質問に対して、先週1週間の状態を、該当するものに○をつけて答えて下さい。

そ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は、どの程度にできたかを想像して、できるだけすべての質問にお答え下さい。

各動作を行うにあたって、左右どちらか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のかに○をして下さい。（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で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項目に○をつけて下さい。）

お名前

年齢

男/女

利き腕 右/左

記入日

年

月

日

以下は当方で記入します。

診断

手術日

年

月

日

手術方法

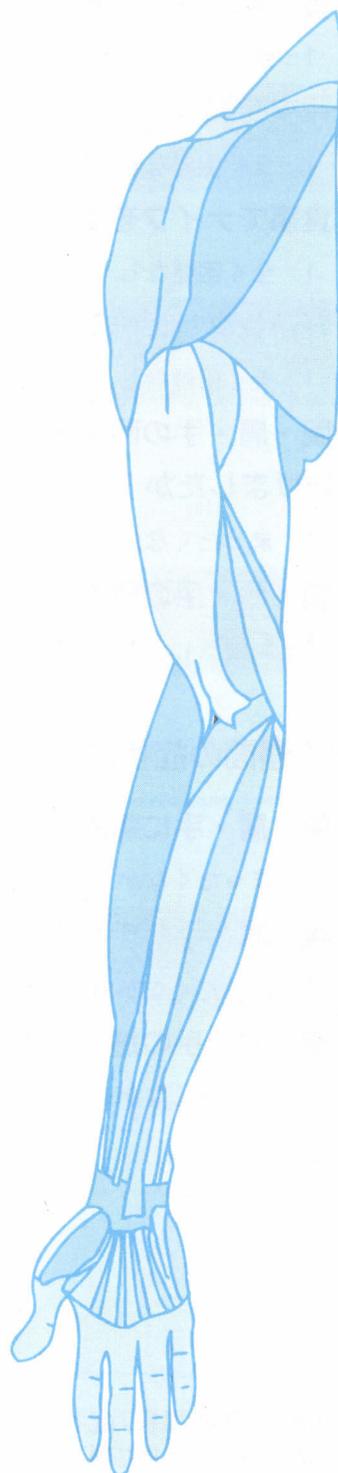
カルテ番号

QuickDASH score

Disability/symptom

Work

Sports/music



先週1週間に次にあげる動作ができたかどうか、該当する状態の番号を○で囲んで下さい。

1. きつめのまたは新しいビンのフタを開ける

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

2. 重労働の家事をする（壁ふきや床掃除など）

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

3. 買い物バックや書類かばんを持ち運ぶ

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

4. 背中を洗う

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

5. 食事でナイフを使う

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

6. 軽いレクリエーションをする（例：トランプ、編み物、碁、将棋など）

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

7. 腕・肩・手の障害が、家族、友人、隣人、あるいは仲間との正常な社会生活をどの程度妨げましたか

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 極度にあった

8. 腕・肩・手の障害によって先週の仕事・日常生活に制限がありましたか

1: 制限なし 2: やや制限 3: 中等度制限 4: かなり制限 5: 極度に制限

先週1週間の症状について、該当する番号を○で囲んで下さい。

9. 腕・肩・手に痛みがある

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

10. 腕・肩・手がチクチク痛む（ピンや針を刺したような痛み）

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

11. 腕・肩・手の痛みによって眠れないときがありましたか

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 眠れないほど

仕事（選択項目）

あなたの仕事（家事を含む）をするにあたって、あなたの腕・肩・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えて下さい。

あなたの仕事は： _____

私は働いていません。（以下の質問には答える必要はありません）

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んで下さい。
なにか困難がありましたか？

1. 仕事において、いつもの活動ができましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

2. 腕・肩・手の痛みのために仕事が制限されましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

3. 自分の思うように仕事ができましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

4. いつもと同じ時間仕事ができましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

スポーツ / 芸術活動（選択項目）

楽器の演奏やスポーツをするにあたって、あなたの肩・腕・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えて下さい。もしあなたが2つ以上のスポーツもしくは楽器演奏などを行っている場合は、あなたが最も重要だと考えている活動について答えて下さい。

その活動は： _____

私は楽器の演奏やスポーツをしません。（以下の質問には答える必要はありません）

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んで下さい。
なにか困難がありましたか？

1. スポーツ、もしくは楽器演奏においていつもの活動ができましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

2. 腕、肩、手の痛みのために活動がどの程度制限されましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

3. 自分の思うように活動ができましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

4. いつもと同じ時間でできましたか

1：全く困難なし 2：やや困難 3：中等度困難 4：かなり困難 5：できなかった

選択項目スコア = ([加算点数/4]-1) × 25

選択項目スコアは1項目でも欠損がある場合計算できません

手の機能評価表 第4版

平成18年4月1日発行

発行 日本手の外科学会
編集 日本手の外科学会 機能評価委員会

日本手の外科学会
〒468-0063 名古屋市天白区音聞山1013
有限会社ヒズ・ブレイン内
TEL 052-836-3511 FAX 052-836-3510