***8099569400* Page 3/7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **อาการ** | **(กรอกโดยผู้ป่วย)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1- อาการปวดเมื่อเดินบนพื้นราบ** | | | | | | | | | | | | | | | **(10 - คะแนน)** |  |
|  | 0 | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |  |  |  |
|  | **ไม่มี** |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | **รุนแรง** | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **2- อาการปวดเมื่อขึ้นบันไดหรือทางลาด** | | | | | | | | | | | | | | | **(10 - คะแนน)** |  |
|  | 0 | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |  |  |  |
|  | **ไม่มี** |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | **รุนแรง** | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3- ท่านรู้สึกว่าเข่าของท่าน "เป็นปกติ" หรือไม่** | | | | | | | | | | | | | | | **(5 คะแนน)** |  |
|  | ⭘ ตลอดเวลา  (5 คะแนน) | | | ⭘ บางครั้ง  (3 คะแนน) | | | | ⭘ ไม่เคยเลย  (0 คะแนน) | | |  | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **คะแนนรวมสูงสุด (25 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |

**ความพึงพอใจของผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1- ปัจจุบันนี้ท่านพึงพอใจกับระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าของท่านในขณะนั่งมากเพียงใด** | | | | | | | | **(8 คะแนน)** | |
|  |  | | | | | | | |  | |
|  | ⭘ พึงพอใจอย่างมาก  (8 คะแนน) | ⭘ พึงพอใจ  (6 คะแนน) | ⭘ เฉย ๆ  (4 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจ  (2 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจอย่างมาก  (0 คะแนน) | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **2- ปัจจุบันนี้ท่านพึงพอใจกับระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าของท่านในขณะนอนอยู่บนเตียงมากเพียงใด** | | | | | | | | **(8 คะแนน)** | |
|  |  | | | | | | | |  | |
|  | ⭘ พึงพอใจอย่างมาก  (8 คะแนน) | ⭘ พึงพอใจ  (6 คะแนน) | ⭘ เฉย ๆ  (4 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจ  (2 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจอย่างมาก  (0 คะแนน) | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **3- ปัจจุบันนี้ท่านพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของท่านขณะที่ลุกออกจากเตียงมากเพียงใด** | | | | | | | | **(8 คะแนน)** | |
|  |  | | | | | | | |  | |
|  | ⭘ พึงพอใจอย่างมาก  (8 คะแนน) | ⭘ พึงพอใจ  (6 คะแนน) | ⭘ เฉย ๆ  (4 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจ  (2 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจอย่างมาก  (0 คะแนน) | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **4- ปัจจุบันนี้ท่านพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของท่านเมื่อทำงานบ้านเบา ๆ มากเพียงใด** | | | | | | | | **(8 คะแนน)** | |
|  |  | | | | | | | |  | |
|  | ⭘ พึงพอใจอย่างมาก  (8 คะแนน) | ⭘ พึงพอใจ  (6 คะแนน) | ⭘ เฉย ๆ  (4 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจ  (2 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจอย่างมาก  (0 คะแนน) | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **5- ปัจจุบันนี้ท่านพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของท่านเมื่อทำกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ มากเพียงใด** | | | | | | | | **(8 คะแนน)** | |
|  |  | | | | | | | |  | |
|  | ⭘ พึงพอใจอย่างมาก  (8 คะแนน) | ⭘ พึงพอใจ  (6 คะแนน) | ⭘ เฉย ๆ  (4 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจ  (2 คะแนน) | ⭘ ไม่พึงพอใจอย่างมาก  (0 คะแนน) | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **คะแนนรวมสูงสุด (40 คะแนน)** | | | | |  | |  | |  |

***9296569400* Page 4/7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ความคาดหวังของผู้ป่วย** | **(กรอกโดยผู้ป่วย)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | **ท่านคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งใดจากการเปลี่ยนข้อเข่าของท่าน:** | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  | **1- ท่านคาดว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าของท่านได้หรือไม่** | | | **(5 คะแนน)** | |
|  |  | | |  | |
|  | ⭘ ไม่ ไม่คาดหวังเลย (1 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (2 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังเล็กน้อย (3 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (4 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังมาก (5 คะแนน) | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | | |  | |
|  | **2- ท่านคาดว่าการผ่าตัดของท่านจะช่วยให้ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือไม่** | | | **(5 คะแนน)** | |
|  |  | | |  | |
|  | ⭘ ไม่ ไม่คาดหวังเลย (1 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (2 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังเล็กน้อย (3 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (4 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังมาก (5 คะแนน) | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | | |  | |
|  | **3- ท่านคาดว่าการผ่าตัดของท่านจะช่วยให้ท่านสามารถทำกิจกรรมสันทนาการ นันทนาการ หรือการออกกำลังกายได้หรือไม่** | | | **(5 คะแนน)** | |
|  |  | | |  | |
|  | ⭘ ไม่ ไม่คาดหวังเลย (1 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (2 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังเล็กน้อย (3 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังปานกลาง (4 คะแนน)  ⭘ ใช่ คาดหวังมาก (5 คะแนน) | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | **คะแนนรวมสูงสุด (15 คะแนน)** |  |  | |  |

***5216569408* Page 5/7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **กิจกรรมการเคลื่อนไหว** | **(กรอกโดยผู้ป่วย)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **การเดินและการยืน (30 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1 - ท่านสามารถเดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือใด ๆ (เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยันรักแร้ หรือรถเข็นวีลแชร์) ได้หรือไม่** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **(0 คะแนน)** | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ ได้ | | ⭘ ไม่ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **2 - ถ้าตอบว่าไม่ได้ ท่านใช้อุปกรณ์ช่วยเดินใดดังต่อไปนี้** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **(-10 คะแนน)** | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ รถเข็นวีลแชร์  (-10 คะแนน) | | | | | ⭘ เครื่องช่วยเดิน  (-8 คะแนน) | | | | | | | ⭘ ไม้ค้ำยันรักแร้สองข้าง  (-8 คะแนน) | | | | | | | | ⭘ ไม้เท้าสองข้าง  (-6 คะแนน) | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ ไม้ค้ำยันรักแร้ข้างเดียว  (-4 คะแนน) | | | | | ⭘ ไม้เท้าข้างเดียว  (-4 คะแนน) | | | | | | | ⭘ ปลอกรัด/พยุงเข่า (-2 คะแนน) | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | ⭘ อื่น ๆ |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3 - ท่านใช้อุปกรณ์เหล่านี้เนื่องจากอาการของข้อเข่าของท่านใช่หรือไม่** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **(0 คะแนน)** | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ ใช่ | | ⭘ ไม่ใช่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **4 - ท่านสามารถยืน (โดยมีหรือไม่มีอุปกรณ์ช่วย) ได้นานเพียงใด ก่อนที่จะต้องนั่งลงเนื่องจากรู้สึกไม่สบายข้อเข่า** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **(15 คะแนน)** | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ ไม่สามารถยืนได้ (0 คะแนน) | | | | | | | ⭘ 0-5 นาที (3 คะแนน) | | | | | | | | | | ⭘ 6-15 นาที (6 คะแนน) | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | ⭘ 16-30 นาที (9 คะแนน) | | | | | | | ⭘ 31-60 นาที (12 คะแนน) | | | | | | | | | | ⭘ นานกว่าหนึ่งชั่วโมง (15 คะแนน) | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **5 - ท่านสามารถเดิน (โดยมีหรือไม่มีอุปกรณ์ช่วย) ได้นานเพียงใด ก่อนที่จะต้องหยุดเดินเนื่องจากรู้สึกไม่สบายข้อเข่า** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **(15 คะแนน)** | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | ⭘ ไม่สามารถยืนได้ (0 คะแนน) | | | | | | | ⭘ 0-5 นาที (3 คะแนน) | | | | | | | | | | ⭘ 6-15 นาที (6 คะแนน) | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | ⭘ 16-30 นาที (9 คะแนน) | | | | | | | ⭘ 31-60 นาที (12 คะแนน) | | | | | | | | | | ⭘ นานกว่าหนึ่งชั่วโมง (15 คะแนน) | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | **คะแนนสูงสุด (30 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |

***0541569404* Page 6/7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **กิจกรรมมาตรฐาน (30 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **อาการของข้อเข่ารบกวนท่านในระหว่างการทำกิจกรรมแต่ละข้อต่อไปนี้มากเพียงใด** |  | | **ไม่รบกวนเลย** | **เล็กน้อย** | **ปานกลาง** | **รุนแรง** | **รุนแรงมาก** | **ไม่สามารถทำกิจกรรมได้**  **(เนื่องจากข้อเข่า)** |  | |  |  | |  | |
|  |  | | **ฉันไม่เคยทำกิจกรรมนี้** | |  |  | |  | |
|  |  | | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **0** |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 1 - การเดินบนพื้นไม่เรียบ |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 2 - การบิดหรือหมุนขาของท่าน |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 3 - การเดินขึ้นหรือลงบันไดหลายขั้น |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 4 - การลุกจากโซฟาเตี้ย ๆ หรือเก้าอี้ที่ไม่มีที่เท้าแขน |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 5 - การขึ้นหรือลงจากรถ |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 6 - การเคลื่อนที่ไปด้านข้าง (การก้าวเดินไปด้านข้าง) |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | **คะแนนสูงสุด (30 คะแนน)** | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **กิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมปกติ (25 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 - การปีนบันไดหรือเก้าอี้เล็ก |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 2 - การเดินถือถุงช้อปปิ้งเป็นระยะทางหนึ่งช่วงถนน |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 3 - การย่อเข่านั่งยอง ๆ |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 4 - การคุกเข่า |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  | 5 - การวิ่ง |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | **คะแนนสูงสุด (25 คะแนน)** | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | |  |

***7470569402* Page 7/7**

**กิจกรรมที่ต้องใช้ความระมัดระวังต่อข้อเข่า (15 คะแนน)**

|  |
| --- |
| **โปรดเลือกกิจกรรม 3 กิจกรรมจากด้านล่างนี้ ที่ท่านพิจารณาแล้วว่า*มีความสำคัญต่อท่านมากที่สุด***  (กรุณาอย่าเขียนกิจกรรมอื่น ๆ เพิ่มเติม) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **กิจกรรมนันทนาการ** | **การออกกำลังกายและการออกกำลังกายในห้องออกกำลังกาย** |  |
|  |  |  |  |
|  | การว่ายน้ำ  การเล่นกอล์ฟ (18 หลุม)  การปั่นจักรยานบนถนน (นานกว่า 30 นาที)  การทำสวน  การเล่นโบว์ลิ่ง  กีฬาที่ใช้ไม้แร็กเก็ต (เทนนิส แร็กเก็ตบอล ฯลฯ)  การเดินระยะไกล  เต้นรำ/เต้นบัลเล่ต์  การออกกำลังกายแบบเหยียดยืด (การเหยียดยืดกล้ามเนื้อของท่าน) | การยกน้ำหนัก  การยืดเหยียดขา  เครื่องออกกำลังกายแบบเดินขึ้นบันได  การใช้เครื่องปั่นจักรยานอยู่กับที่  การบริหารกล้ามเนื้อขา  การวิ่งเหยาะ ๆ  การออกกำลังกายบนเครื่องเดินวงรี  การออกกำลังกายแบบแอโรบิค |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **โปรดคัดลอกกิจกรรมที่ทำเครื่องหมายไว้ทั้ง 3 กิจกรรมลงในกล่องข้อความเปล่าด้านล่าง** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **อาการของข้อเข่าของท่านรบกวนท่านในระหว่างการทำกิจกรรมแต่ละข้อดังต่อไปนี้มากเพียงใด** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **กิจกรรม**  **(โปรดเขียนกิจกรรม 3 กิจกรรมจากรายการด้านบน)** | |  | **ไม่รบกวนเลย** | **เล็กน้อย** | **ปานกลาง** | **รุนแรง** | **รุนแรงมาก** | **ไม่สามารถทำกิจกรรมได้**  **(เนื่องจากข้อเข่า)** | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **0** | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | --- | | **1.** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | --- | | **2.** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | --- | | **3.** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | **คะแนนสูงสุด (15 คะแนน)** | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | **คะแนนรวมสูงสุด (100 คะแนน)** | | | | | | | | | |  | |  | |