

# Knee Society Score(術後用)

## 基本情報 (患者様にご記入ください)

1. 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 身長 \_\_\_\_\_ cm

4. 体重 \_\_\_\_\_ kg

5. 性別 男性 / 女性 (○をつけて下さい)

6. 今回手術をした膝 左 / 右 (○をつけて下さい)

(もし左右共に手術をした場合は、左右ごとに別の回答用紙に記入してください)

7. 人種(○をつけて下さい)

アジア系

/ ハワイまたはその他の太平洋諸島系 / アメリカンインディアンまたはアラスカ系 / ヒスパニックまたはラテン系 / アラブまたは中東系 / アフリカンアメリカンまたは黒人系 / 白人系

8. 人工膝関節置換術の手術日および担当医名を記入してください

手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医 \_\_\_\_\_

9. 今回の人工膝関節置換術は初回手術もしくは再置換術のどちらでしたか？

初回手術 / 再置換術

## 術者記入欄

10. Charnley Functional Classification (下の記号を記入)

A 片側変形性関節症の片側 TKA

B1 両側変形性関節症の片側 TKA

B2 両側 TKA

C1 TKAを施行するが、歩行に影響を与える他関節疾患あり

C2 TKAを施行するが、歩行に影響を与える他の疾患あり

C3 片側または両側 TKA および片側または両側 THA を施行する

## 術後の膝の状態について（担当医記入欄）

### アライメント

#### 1. アライメント: X線 立位 AP 像(解剖学的アライメント)

- 正常: 2-10°外反 (25)
- 内反: 2°以下の内反 (-10)
- 外反: 10°以上の外反 (-10)

### 関節動揺性

#### 2. 内／外側の動揺性: 伸展時

- 正常(動揺性無し) (15)
- 軽度または 5mm 以下 (10)
- 中等度または 5mm (5)
- 高度または 5mm 以上 (0)

#### 3. 前／後方の動揺性: 90度屈曲時

- 正常(動揺性無し) (10)
- 中等度(5mm 以下) (5)
- 高度(5mm 以上) (0)

### 関節可動域

#### 4. 可動域 (5度につき1点)

### 減点

#### 屈曲拘縮 (flexion contracture)

- 1-5° (-2)
- 6-10° (-5)
- 11-15° (-10)
- 15°以上 (-15)

### 減点

#### 伸展不全 (extensor lag)

- 10°以下 (-5)
- 10-20° (-10)
- 20°以上 (-15)

### 減点

## 患者様にご記入ください

## I.現在の膝の症状

1. 平地歩行時の疼痛(○をつけて下さい)												10 - score =
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	痛みなし	
2. 階段昇降または坂道歩行時の疼痛(○をつけて下さい)												10 - score =
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	痛みなし	
3. 現在の膝の状態は「正常」だと感じますか？(✓を入れてください)												
<input type="checkbox"/> いつも正常と感じる (5)												
<input type="checkbox"/> ときどき正常と感じる (3)												
<input type="checkbox"/> 全く正常と感じない (0)												

I 膝の症状

/25

## II.現在の満足度(○をつけて下さい)

1. 椅子に座っている時の膝の痛みについてどの程度満足していますか？											
非常に満足 (8) / 満足 (6) / 普通 (4) / 不満 (2) / 非常に不満 (0)											
2. ベッドに横になっている時の膝の痛みについてどの程度満足していますか？											
非常に満足 (8) / 満足 (6) / 普通 (4) / 不満 (2) / 非常に不満 (0)											
3. ベッドから出る時の膝の機能についてどの程度満足していますか？											
非常に満足 (8) / 満足 (6) / 普通 (4) / 不満 (2) / 非常に不満 (0)											
4. 軽い家事動作を行う時の膝の機能についてどの程度満足していますか？											
非常に満足 (8) / 満足 (6) / 普通 (4) / 不満 (2) / 非常に不満 (0)											
5. 娯楽活動を行う時の膝の機能についてどの程度満足していますか？											
非常に満足 (8) / 満足 (6) / 普通 (4) / 不満 (2) / 非常に不満 (0)											

II 満足度

/40

### III.手術に対する期待度(✓を入れてください)

人工膝関節置換術を受ける前にあなたが期待していた効果と比較して、以下の質問に答えて下さい。

#### 1. 痛みがとれることについていかがでしたか？

- 期待しすぎていた。「思っていたよりかなり悪かった」(1)
- 期待しすぎていた。「思っていたより少し悪かった」(2)
- 同じくらい。「期待していた通りだった」(3)
- あまり期待していなかった。「思っていたより少し良くなった」(4)
- あまり期待していなかった。「思っていたよりかなり良くなった」(5)

#### 2. 日常生活で、通常の動作ができることについていかがでしたか？

- 期待しすぎていた。「思っていたよりかなり悪かった」(1)
- 期待しすぎていた。「思っていたより少し悪かった」(2)
- 同じくらい。「期待していた通りだった」(3)
- あまり期待していなかった。「思っていたより少し良くなった」(4)
- あまり期待していなかった。「思っていたよりかなり良くなった」(5)

#### 3. 娯楽やスポーツ活動を行えることについていかがでしたか？

- 期待しすぎていた。「思っていたよりかなり悪かった」(1)
- 期待しすぎていた。「思っていたより少し悪かった」(2)
- 同じくらい。「期待していた通りだった」(3)
- あまり期待していなかった。「思っていたより少し良くなった」(4)
- あまり期待していなかった。「思っていたよりかなり良くなった」(5)

III.手術に対する期待度

/15

## IV.術後の活動性

## (1) 歩行と立位 (□に✓を入れてください)

1. 補助器具 (杖、松葉杖または車椅子) を使わずに歩くことができますか?

はい  いいえ

2. いいえの場合、以下のどのような補助器具を使用していますか?  
(複数回答可)

- 車いす (-10)  
 歩行器／シニアカー／押し車(-8)  
 松葉杖 2 本 (-8)  
 T 字杖 2 本 (-6)  
 松葉杖 1 本 (-4)  
 T 字杖 1 本 (-4)  
 膝サポーター/装具 (-2)  
 その他( )

3. 上記の補助器具は、膝が原因で使用していますか?

はい  いいえ

4. 膝の具合が悪くて座ってしまうまで、どのくらいの時間立っていることができますか? (補助器具の使用・不使用は問いません)

- 少しも立っていることができない (0)  
 0-5 分 (3)  
 6-15 分 (6)  
 16-30 分 (9)  
 31-60 分 (12)  
 1 時間以上 (15)

5. 膝の具合が悪くて立ち止まるまで、どのくらいの時間歩いていることができますか? (補助器具の使用・不使用は問いません)

- 歩くことができない (0)  
 0-5 分 (3)  
 6-15 分 (6)  
 16-30 分 (9)  
 31-60 分 (12)  
 1 時間以上 (15)

**(2)標準的な活動**

以下の活動は、どのくらい困難ですか？（膝が原因で）

(○に✓を入れてください)

	問題 ない	少し 困難	ある程度 困難	とても 困難	極めて 困難	できない (膝が原因)	やった ことが ない
	5	4	3	2	1	0	
1 段差のある道を歩く時	○	○	○	○	○	○	○
2 進行方向を変える時	○	○	○	○	○	○	○
3 階段を昇り降りする時	○	○	○	○	○	○	○
4 低いソファやひじ掛けのない椅子から立ち上がる時	○	○	○	○	○	○	○
5 車に乗り降りする時	○	○	○	○	○	○	○
6 横向きに移動する時	○	○	○	○	○	○	○

/30

**(3)高度な活動**

以下の活動は、どのくらい困難ですか？（膝が原因で）

(○に✓を入れてください)

	問題 ない	少し 困難	ある程度 困難	とても 困難	極めて 困難	できない (膝が原因)	やった ことが ない
	5	4	3	2	1	0	
1 ハシゴや踏み台に登る時	○	○	○	○	○	○	○
2 買い物袋を持って200m 歩く時	○	○	○	○	○	○	○
3 しゃがみこむ時	○	○	○	○	○	○	○
4 ひざまずく時	○	○	○	○	○	○	○
5 走る時	○	○	○	○	○	○	○

/25

#### (4) その他の活動(任意に選択)

あなたにとって「最も重要」だと思える活動を以下から3つ選択してください。(記載されているもの以外の活動を記入しないでください)

##### スポーツや娯楽活動

- スイミング
- ゴルフ(18ホール)
- サイクリング(30分)
- 園芸作業
- ボーリング
- ラケットスポーツ(テニスなど)
- 長距離のウォーキング
- ダンス/バレエ
- ストレッチ運動(筋肉をほぐす運動)
- グラウンドゴルフ/ゲートボール
- ハイキング

##### エクササイズやジムでの運動

- ウェイトリフティング
- レッグエクステンション
- ステップマシン
- エアロバイク(固定式自転車こぎ)
- レッグプレス
- ジョギング
- エリプティカル・トレーナー
- エアロビクス

上記で選択した3つの活動を下記の空欄に記入してください  
これらの活動は、どのくらい困難ですか？(膝が原因で)

(○に✓を入れてください)	問題 ない	少し 困難	ある程度 困難	とても 困難	極めて 困難	できない (膝が原因)	やった ことが ない
	5	4	3	2	1	0	
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○

/15

IV 術後の活動性

/100

全ての質問に回答していただき、ありがとうございました。