

KOOS-PS

설문작성일: ____/____/____ 생년월일: ____/____/____

이름: _____

안내 말씀: 이 설문지는 환자가 느끼는 무릎 관절의 상태에 대한 질문입니다.. 이 내용은 당신이 일상 생활에서의 활동들을 얼마나 잘 할 수 있는가에 대한 정보를 의사들에게 줍니다. 각각의 질문에 대하여 가장 적절한 대답 하나만 선택하여 **□칸에 √ 표시를 해주십시오.** 만약 각 질문에 해당되는 대답이 없는 경우에는 당신이 할 수 있는 가장 가까운 상태에 표시를 하셔서, 빠지는 대답이 없도록 해 주십시오.

아래의 질문들은 일상 생활이나 그 이상의 활동을 할 때, 당신이 할 수 있는 기능 수준에 관련된 것들입니다. 지난 일주일 동안 아래에 적혀 있는 각각의 활동들을 할 때, 당신이 무릎으로 겪었던 어려움의 정도를 표시하여 주십시오.

1. 잠자리에서 일어나기

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

2. 양말이나 스타킹을 신기

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

3. 앉은 자리에서 일어나기

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

4. 바닥을 향해 무릎을 굽히거나 물건을 줍기

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

5. 다친(아픈) 무릎으로 회전하거나 비틀 때

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

6. 무릎을 꿇을 때

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움

7. 쪼그려 앉을 때

전혀 어려움 없음 약간의 어려움 보통의 어려움 심한 어려움 극심하게 어려움