

Hong Kong Chinese KOOS-12 KNEE SURVEY

說明：

這個調查會詢問一些關於你的膝關節問題。這些資料將會幫助我們了解你對膝關節的感覺以及你進行日常活動的能力。在回答每條問題時，請在合適的方格內以☐顯示，每題只能選一個答案。如果你不是很確定怎樣回答一條問題，請盡量選擇一個你認為最好的答案。

疼痛

1. 你多常感到膝痛？

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 從不 | 每月一次 | 每週一次 | 每日一次 | 經常 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

過去一星期，你在進行以下活動時會感到什麼程度的痛楚？

2. 在平地步行

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有痛楚 | 輕微疼痛 | 頗為疼痛 | 非常疼痛 | 極度疼痛 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. 上或下樓梯

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有痛楚 | 輕微疼痛 | 頗為疼痛 | 非常疼痛 | 極度疼痛 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 坐下或躺下

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有痛楚 | 輕微疼痛 | 頗為疼痛 | 非常疼痛 | 極度疼痛 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

日常生活

過去一星期，你在進行以下活動時膝關節使你感到有多困難？

5. 從坐姿站起

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有困難 | 少許困難 | 頗大困難 | 非常困難 | 極大困難 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 站立

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有困難 | 少許困難 | 頗大困難 | 非常困難 | 極大困難 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 上車／下車

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有困難 | 少許困難 | 頗大困難 | 非常困難 | 極大困難 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. 轉動／扭動受傷的膝關節

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有困難 | 少許困難 | 頗大困難 | 非常困難 | 極大困難 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

膝關節對生活質量的影響

9. 你多常注意到你的膝關節問題？

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 從不 | 每月一次 | 每星期一次 | 每日一次 | 經常 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. 你有否改變生活模式來避免一些有機會傷及膝關節的活動？

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 沒有改變 | 少許改變 | 頗大改變 | 很大改變 | 完全改變 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. 你是否對你的膝關節缺乏信心？

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 完全沒有 | 少許 | 普通 | 嚴重 | 極度 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. 總括來說，你的膝關節對你的生活造成多大影響？

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 完全沒有 | 少許 | 頗大 | 非常大 | 極大 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

~非常感謝您完成了這份調查中所有的問題~