膝関節疾患　予診票

令和　　年　　月　　日 AM･PM

（氏名）	歳	男･女	ID＝

回答者

本人･その他＿＿＿＿＿

職業

1. いつから痛みますか。　（み　ぎ膝）････（　　）から
（ひだり膝）････（　　）から

2. どのような時に痛みますか？

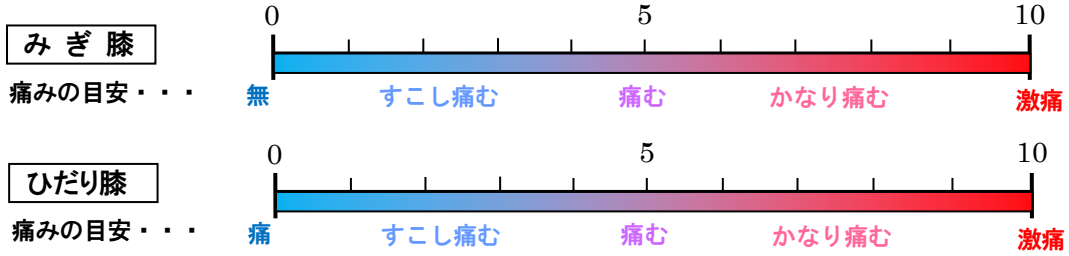
☐ 動き始め　☐ 立ち上がるとき　☐ 歩くとき　☐ 階段をおりるとき　☐ 寝ているとき
☐ その他（　　）

3. 次のような症状はありますか？

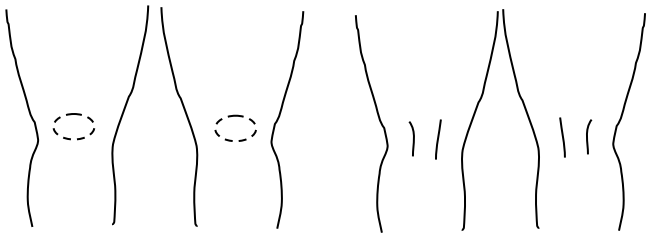
☐ 正座ができない　☐ 膝の裏がつっぱる　☐ 膝から下の外側が痛む
☐ 膝の曲げ伸ばしで音がしたりひっかかる感じがある　☐ 膝がガクッとすることがある

4. 痛みの程度はどれぐらいですか？

「０」を痛みがない状態、「１０」をこれ以上ないほどの痛みとしたとき、
これぐらいと思うところに○をつけてください。



ここから下は診察時に記録しますので、ご記入は不要です。

Xp)　　MRI)

Flex　R (　　/　　)　L (　　/　　)
Ex　R(　　/　　)　L (　　/　　)
(Active/Passive)
Synovitis　R (　　)　L(　　)
Edema　R (　　)　L(　　)
ADT　R(　　)　L(　　)
Pos. Sag.　R(　　)　L(　　)
Lateral instability　R (　　)　L(　　)
MacMary　R(　　)　L(　　)