

KOOS-PS

今天的日期:_____您的出生日期:___ (日) / ___ (月) / _____ (年)

姓名:_____

说明: 这是一项关于您的膝盖的调查。您所提供的信息有助于我们追踪您在从事各种活动的的能力。请在每个问题里选出一个答案, 并且在相应的格子里打勾。如果在回答时有任何困难, 请选出最接近的答案。

以下的问题是关于您在从事日常活动和高难度活动的的能力。请注明在过去的一个星期里, 您因为膝盖的问题从事以下各项活动有多大困难。

1. 起床

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 穿短袜/长袜

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 从坐的姿势起身

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 弯向地面/捡起东西

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 扭动/ 以膝盖为中心转动

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 跪下

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 蹲着

没有困难	轻微的困难	中等的困难	非常困难	极其困难
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>