

## SF36 ver 2質問票

1) あなたの健康状態は? (一番あてはまるものに✓をしてください)	最高によい <input type="checkbox"/>	とてもよい <input type="checkbox"/>	良い <input type="checkbox"/>	あまり良くない <input type="checkbox"/>	良くない <input type="checkbox"/>	
2) 1年前と比べて現在の健康状態はいかがですか (一番あてはまるものに✓をしてください)	1年前よりはるかに良い <input type="checkbox"/>	1年前よりはよい <input type="checkbox"/>	1年前とほぼ同じ <input type="checkbox"/>	1年前ほど良くない <input type="checkbox"/>	1年前よりはるかに悪い <input type="checkbox"/>	
3) 以下の質問は日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由でこうした活動をするのが難しいと感じますか。難しいとすればどのくらいですか。(一番あてはまるものに✓をしてください)	とても難しい <input type="checkbox"/>	少し難しい <input type="checkbox"/>	全然難しい <input type="checkbox"/>			
激しい活動、例えば一生懸命走る、重いものを持ち上げる、激しいスポーツをするなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
適度の活動、例えば、家や庭の掃除をする、1~2時間散歩するなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
少し重いものを持ち上げたり、運んだりする(例えば買い物袋など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
階段を数階上まで登る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
階段を1階上まで登る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1キロメートル以上歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
数百メートルくらい歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
百メートルくらい歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
自分でお風呂に入った、着替えをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4) 過去1か月間に仕事やふだんの活動(家事など)をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか (一番あてはまるものに✓をしてください)	いつも <input type="checkbox"/>	ほとんどいつも <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	まれに <input type="checkbox"/>	ぜんぜんない <input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動をする時間を減らした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動が思ったほどできなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動の内容によっては、できないものがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動をするのが難しかった(例えばいつもより努力を必要としたなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) 過去1か月間に仕事やふだんの活動(家事など)をするにあたって、心理的な理由で(例えば気分が落ち込んだり不安を感じたりしたために) 次のような問題がありましたか(一番あてはまるものに✓をしてください)	いつも <input type="checkbox"/>	ほとんどいつも <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	まれに <input type="checkbox"/>	ぜんぜんない <input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動をする時間を減らした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動が思ったほどできなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
仕事やふだんの活動がいつもほど集中してできなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) 過去1か月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんの付き合いが、身体的あるいは心理的な理由でどのくらい妨げられましたか(一番あてはまるものに✓をしてください)	全然妨げられなかった <input type="checkbox"/>	わずかに妨げられた <input type="checkbox"/>	少し妨げられた <input type="checkbox"/>	かなり妨げられた <input type="checkbox"/>	非常に妨げられた <input type="checkbox"/>	
7) 過去1か月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか(一番あてはまるものに✓をしてください)	全然なかった <input type="checkbox"/>	かすかな痛み <input type="checkbox"/>	軽い痛み <input type="checkbox"/>	中くらいの痛み <input type="checkbox"/>	強い痛み <input type="checkbox"/>	非常に強い痛み <input type="checkbox"/>
8) 過去1か月間に、いつもの仕事(家事も含みます)が痛みのためにどのくらい妨げられましたか (一番あてはまるものに✓をしてください)	全然妨げられなかった <input type="checkbox"/>	わずかに妨げられた <input type="checkbox"/>	少し妨げられた <input type="checkbox"/>	かなり妨げられた <input type="checkbox"/>	非常に妨げられた <input type="checkbox"/>	
9) 次にあげるのは、過去1か月間にあなたがどのように感じたかについての質問です。(一番あてはまるものに✓をしてください)	いつも <input type="checkbox"/>	ほとんどいつも <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	まれに <input type="checkbox"/>	ぜんぜんない <input type="checkbox"/>	
元気いっぱいでしたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
かなり神経質でしたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
どうにもならないくらい気分が落ち込んでいましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
落ち着いていて穏やかな気分でしたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
活力(エネルギー)にあふれていましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
落ち込んでゆううつな気分でしたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
疲れはてていましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
楽しい気分でしたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
疲れを感じましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) 過去1か月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人との付き合いが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか(一番あてはまるものに✓をしてください)	いつも <input type="checkbox"/>	ほとんどいつも <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	まれに <input type="checkbox"/>	ぜんぜんない <input type="checkbox"/>	
11) 次にあげた各項目はどのくらいあなたに当てはまりますか(一番あてはまるものに✓をしてください)	全くその通り <input type="checkbox"/>	ほぼあてはまる <input type="checkbox"/>	何とも言えない <input type="checkbox"/>	ほとんどあてはまらない <input type="checkbox"/>	全然当てはまらない <input type="checkbox"/>	
私は他の人と比べて病気になるやすいと思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
私は人並みに健康である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
私の健康は、悪くなるような気がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
私の健康状態は非常に良い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	