

QuickDASH（上肢障害）記録シート

※ 本紙は記録用です。項目文の全文は含みません。

患者 ID		評価日	
評価者		場所	
診断・部位		実施方法	

実施前の固定項目		
固定項目	チェック（固定できたら □ に✓）	メモ
想起期間	<input type="checkbox"/> 先週 1 週間	
実施方法	<input type="checkbox"/> 自記 <input type="checkbox"/> 読み上げ	
補助説明	<input type="checkbox"/> 語句説明のみ <input type="checkbox"/> 誘導なし	
体調・症状	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 眠気	
利き手・患側	<input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き <input type="checkbox"/> 右患側 <input type="checkbox"/> 左患側	
再評価予定	<input type="checkbox"/> 2 週 <input type="checkbox"/> 4 週 <input type="checkbox"/> その他	

回答記録			
項目（短縮ラベル）	点数	高得点	メモ
日常動作		<input type="checkbox"/>	
力仕事		<input type="checkbox"/>	
買い物袋		<input type="checkbox"/>	
洗髪・整容		<input type="checkbox"/>	
背中に手		<input type="checkbox"/>	
食事で使う		<input type="checkbox"/>	
趣味・余暇		<input type="checkbox"/>	
社会・仕事		<input type="checkbox"/>	
痛み		<input type="checkbox"/>	
しびれ		<input type="checkbox"/>	
睡眠への影響		<input type="checkbox"/>	
合計 / n / スコア			

計算まとめ				
合計	有効回答数 n	欠損数	換算スコア	算出可否
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

※ 11 項目中 10 項目以上の回答で算出。2 項目以上の欠損は算出不可。

再評価メモ