
患者会诊咨询前调查

年龄_____

生活安排

- ☐ 独居
- ☐ 与伴侣居住
- ☐ 与其他人居住

您目前有工作吗

- ☐ 是的
- ☐ 不是

除了膝关节以外，您身体的其他部位有疼痛感吗？

- ☐ 有
- ☐ 无

您还有其他严重的健康问题吗？如有，请说明

您的身高是多少 (米)

您现在的体重是多少 (kg)

关于您的膝关节情况:

您觉得哪个膝关节疼?

- ☐ 右边的
- ☐ 左边的
- ☐ 两个都疼

您的膝关节疼痛有多久了?

您做什么可以缓解您的膝关节疼痛?

有无某些情况会加重您的膝疼痛?

您过去是否尝试过治疗膝疼痛的方法?(例如药物、注射、热垫、药膏、物理治疗)

这些治疗方法对您的膝盖有帮助吗?

锻炼和身体活动

您是否曾经进行过肌肉力量锻炼来帮助管理您的膝盖问题?

☐ 是

☐ 否

您目前是否参加任何锻炼、运动或体育活动?

☐ 是

☐ 否

如果是, 请描述您目前在做什么样的锻炼, 以及多久做一次:

您如何评价您一天中的一般体育活动? 总体活动水平?

☐ 静坐少动

☐ 轻度体力活动

☐ 中等体力活动

☐ 高度体力活动

您曾经使用过可穿戴的运动监测设备或计步器(Fitbit、Garmin、华为、iwatch)吗?

☐ 用过

☐ 没用过

您的膝关节问题对您的影响

膝关节的问题对您来说意味着最糟糕的是什么？

有没有什么事情是您因为膝关节问题而不能做的？

疼痛程度:选择一个数字，表示在过去一周内，您的患膝关节感受到的平均疼痛程度.

- ☐ 0 (无痛)
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6
 - ☐ 7
 - ☐ 8
 - ☐ 9
 - ☐ 10 (最糟糕的极痛)
-

您在房子里走动有多困难?

- ☐ 没有困难
- ☐ 有点困难
- ☐ 中等困难
- ☐ 很多困难
- ☐ 不能在家走动

您在屋外步行 10 分钟有多困难？

- ☐ 没有困难
- ☐ 有点困难
- ☐ 中等困难
- ☐ 很多困难
- ☐ 不能在外面走动

您从沙发上站起来有多困难？

- ☐ 没有困难
- ☐ 有点困难
- ☐ 中等困难
- ☐ 很多困难
- ☐ 不能从坐到站起

在没有扶手的情况上楼梯有多困难？

- ☐ 没有困难
- ☐ 有点困难
- ☐ 中等困难
- ☐ 很多困难
- ☐ 无法做到

您在没有扶手的情况下楼梯有多困难？

- ☐ 没有困难
- ☐ 有点困难
- ☐ 中等困难
- ☐ 很多困难
- ☐ 无法做到

您的个人目标

您最希望在 3 个月内做的两件事是什么（如果您的膝盖问题得到改善）？

您最希望在 1 年内完成哪两件事（如果您的膝盖问题好转）？
