

แบบคัดกรองการปวดหลังคิลสตาร์ท

ชื่อ: _____ วัน/เดือน/ปี: _____

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อความต่อไปนี้จากประสบการณ์ของท่าน
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

| | ไม่ เห็น ด้วย | เห็น ด้วย 1 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งอาการปวดหลัง ของฉันทร่วงลงไปที่ขา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งฉันมีอาการปวด ที่บริเวณไหล่หรือคอ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ฉันเดินได้ระยะทางสั้นลงเพราะอาการปวดหลังของ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉันแต่งตัวได้ช้าลงกว่า ปกติเพราะอาการปวดหลัง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ฉันคิดว่ามันไม่ปลอดภัยสำหรับคนที่ประสบปัญหา เหมือนฉันที่จะทำกิจกรรมทางกายที่ต้องใช้แรง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ฉันมีความกังวลบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ฉันรู้สึกว่าการปวดหลังของฉันแย่มากและมันไม่มี ทางที่จะดีขึ้นเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. โดยทั่วไปฉันไม่สนุกกับทุกสิ่งๆที่ฉันเคยชอบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. โดยรวมแล้วภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการ
ปวดหลังรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด ?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

คะแนนรวม (เต็ม 9): _____ คะแนนย่อย (คำถามที่ 5-9):

ระบบการให้คะแนนของแบบคัดกรองการปวดหลังคิด สตาร์ท

