

ICC- 圧迫療法に関するアンケート 患者さん用 (ICC-CQ-P)

患者さんへ

皆様は新しい圧迫装具を受け取る予定か、もう受け取ったと思います。
このアンケートでは、圧迫療法に関するあなたの個人的な気持ちと経験をお伺いします。
このアンケートは評価する圧迫装具の開始前（パート1）と、開始後の一定の期間（パート2）に記入する必要があります。

いくつかの質問の横には11段階の評価があります。自分の状況に最もよく一致する番号に丸（o）を付けてください。質問があなたの状況に当てはまらない場合にのみ、「該当なし」にチェックを入れて下さい。

例：圧迫装具の上から靴を履くことができますか？圧迫装具が足を覆っていない場合にのみ、「該当なし」にチェックマークを付けて下さい（例えば、腕の圧迫スリーブの場合は腕のみを覆うため）

必ず全ての質問にお答え下さるようお願いいたします。

ご協力ありがとうございます！

パート1 患者さんによる評価 –評価する圧迫装具の開始前

日付：... 時刻：...

患者番号：...

身体機能

手、腕、または胴体に圧迫装具を使用する場合は下記の「上半身」、それ以外の場合は、「下半身」の欄にスコアをつけて（記入をして）下さい。

上半身に評価する圧迫装具を装着する場合

(圧迫なしの場合) どのように評価しますか？

- | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------|
| 1. 手首や指を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 2. 肘を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 3. 肩を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 4. スプーンを使えますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |

下半身に評価する圧迫装具を装着する場合

(圧迫なしの場合) どのように評価しますか？

- | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------|
| 1. 足首を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 2. 膝を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 3. 腰を動かせますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |
| 4. 歩けますか？ | 全くできない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 完全にできる |

すべての患者様のために

あなたは（肉体的または精神的に）どのくらいの能力がありますか？

5. 仕事はできますか（賃金労働）？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次の仕事に関するスコアです。.....

(該当なし、仕事無し*)

6. 家事はできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

(該当なし、家事はありません*)

7. スポーツはできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次のスポーツに関するスコアです。.....

(該当なし、スポーツはしません*)

8. レクリエーションの活動はできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次の余暇活動に関するスコアです。.....

余暇活動なし*)

9. 友人との社会活動（パーティ・外食など）できますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

(該当なし、友人との社会活動なし*)

*また、私がこの活動を行わないのは、圧迫療法による病気のためではなく、別の理由によるものです。
他の病気のために活動ができない場合は、0- 全くできないとします。

病気に関連する症状

ここでは、あなたの病気（リンパ浮腫、脂肪性浮腫、静脈不全症など）に関連する**症状**を評価します。

あなたは、圧迫装具により治療する病気に関連した症状はありますか？

	全くない	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常にある
1. 痛み？	↓	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	↓
2. 筋力低下？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. 重さ？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. 腫れ？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. 肌のつっぱり？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. チクチクする痛み？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. 液体漏れ （皮膚から）？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	↑												↑
	全くない												非常にある

パート2 患者さんによる評価する圧迫装具の評価 – 評価する 圧迫装具の使用後（フォローアップ中）

日付：... 時刻：...

患者番号：

一般的な質問

1. どのような圧迫装具・システムを使用していますか？可能であれば、
ストッキングなど弾性着衣・包帯、または空気圧による圧迫装置の種類とメーカーを
教えてください。弾性着衣の場合：製品ラベルを記入してください。
2. 仕事の状況：退職している / 働いていない / 働いている
働いている場合、仕事の種類は？.....
座っている時間の割合 %
立っている時間の割合 %
歩いている時間の割合 %
3. スポーツをしていますか？ はい / いいえ
あなたにとって最も重要なスポーツ活動を3つ示してください。
.....
4. スポーツ以外の余暇活動をしていますか？ はい / いいえ
あなたにとって最も重要な3つの余暇活動を示してください。
.....
5. あなたの家族の状況は？ 既婚 / 同棲 している / 独身

圧迫の状態（用量）

1. この1週間で、評価を行う圧迫装具/システムを何日着用 あるいは使用しましたか？
.....日
2. この1週間で、日中（起きている間）平均何時間、圧迫装具を装着・使用しまし
たか？時間（日中）
3. この1週間の平均で、夜（ベッドに横になっている状態）、何時間、圧迫装具を装
着・使用しましたか？時間（就寝時）

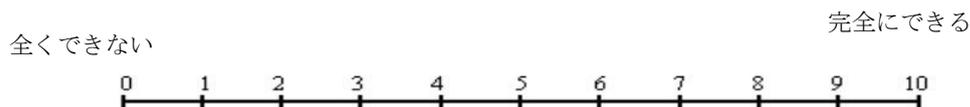
圧迫装具の着脱

まず、他の人や補助具の助けを借りずに、**ひとりで**圧迫装具/システムを着脱しなければならないときに、その着脱の容易さを評価してください。

その後、普段から他の人や補助具の助けを借りている場合に限り、**その助けを借りた状態での**圧迫装具・システムの装着・脱着のしやすさを評価してください。

圧迫装具の着用

1. 他の人や補助具の助けを借りずに、自分で圧迫装具/システムを装着できますか？



2. 圧迫装具着用するのに、人の手を借りたり、補助具を利用しますか？

はい/いいえ いいえの場合は、質問3に進んでください。

はいの場合は、a.とb.に答えてください。

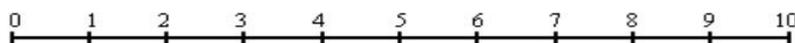
a. 圧迫装具を着用するには、どのような手助けを利用しますか？

- 私は、他の人の手を借ります
- 私は、手袋を補助具として使用しています
- 私は、シルクのスリッパを補助具として使用しています
- 私は、二重構造のバッグを補助具として使用しています
- 私は、補助具としてバトラーを使用します（写真参照）
- 私は他の物を使用しており、それは、 です



a. 他の人や補助具の助けを借りて、圧迫装具を装着することができますか？

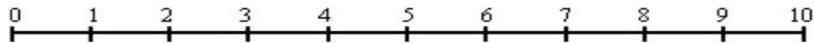
全くできない 完全にできる



圧迫装具の取り外し

3. 他の人の助けや補助具を使わずに、自分で圧迫装具を取り外すことができますか？

全くできない 完全にできる



4. 圧迫装具を取り外すには、他の人の助けを借りたり、着脱システムを利用しますか？

はい/いいえ いいえの場合は、**圧迫装具と快適性**に進んでください。

はいの場合は、a.とb.に答えてください。

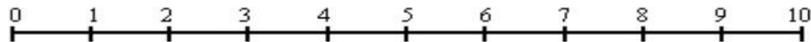
b. 圧迫装具を取り外すには、どのような手助けを利用しますか？

- 私は、他の人の手を借ります
- 私は、バトラーオフを使用します（写真参照）
- 私は、1層のバッグを使用しています
- 私は他の物を使用しており、それは、 _____ です



a. 他の人や着脱システムの助けを借りて、圧迫装具を取り外すことができますか？

全くできない 完全にできる

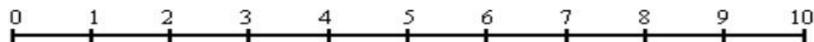


圧迫装具と快適性

1. 圧迫装具 / システムの上から、普段履いている好きな靴を履けますか？

全くできない

完全にできる

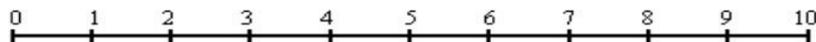


(該当なし、圧迫装具の上に靴を履かない)

2. 圧迫装具 / システムの上から、好きな服を着られますか？

全くできない

完全にできる

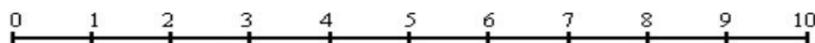


3. 着用直後（洗濯後1日目）の圧迫装具・システムの着用感はどうですか？

私.

全く快適ではない

申し分なく快適

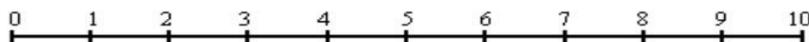


4. その後、日中の圧迫装具・システムの使用感はどうですか？

圧迫装具 / システムは...

全く快適ではない

申し分なく快適



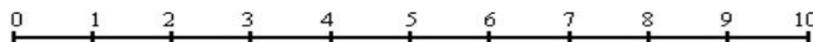
(日中は装着をしていないので、該当なし)

5. その後、夜間の圧迫装具・システムの使用感はどうですか？

圧迫装具 / システムは...

全く快適ではない

申し分なく快適



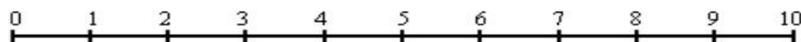
(夜間に装着をしていないので、該当なし)

6. 圧迫装具・システムの外観についてはいかがですか？

私はこの外観に...

全く満足できない

実に満足



圧迫装具に伴う身体機能

手、腕、体幹のレベルで圧迫装具を着用または使用する場合は、「上半身」、それ以外の場合は、「下半身」の欄に記入してください。

上半身に評価する圧迫装具を装着する場合

評価する圧迫装具を着用 / 使用している間の評価はどうですか？

1. 手首や指を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. 肘を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. 肩を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. スプーンを使えますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

下半身に評価する圧迫装具を装着する場合

評価する圧迫装具を着用 / 使用している間の評価はどうですか？

1. 足首を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. 膝を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. 腰を動かせますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. 歩けますか？
- 全くできない 完全にできる
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

すべての患者のために

あなたは（肉体的または精神的に）どのくらいの能力がありますか？

5. 仕事はできますか（賃金労働）？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次の仕事に関するスコアです。.....

(該当なし、仕事無し*)

6. 家事はできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

(該当なし、家事はありません*)

7. スポーツはできますか

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次のスポーツに関するスコアです。.....

(該当なし、スポーツはしません*)

8. レクリエーションの活動はできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

次の余暇活動に関するスコアです。.....

(該当なし、余暇活動無し*)

9. 友人との社会活動（パーティ・友人との外食など）はできますか？

全くできない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全にできる

(該当なし、友人との社会活動無し*)

*また、私がこの活動を行わないのは、圧迫療法をおこなう病気のためではなく、別の理由によるものです。

他の病気のために活動ができない場合は、0-全くできないとします。

病気に関連する症状

ここでは、あなたの病気（リンパ浮腫、脂肪性浮腫、静脈不全症など）に関連する**症状**を評価します。

あなたの病気に関連した体験（症状）はありますか？
それは、評価する圧迫装具を使って治療していきます...

	全くない		非常にある									
	↓		↓									
1. 痛み？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. 筋力低下？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. 重さ？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. 腫れ？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. 肌のつっぱり感？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. チクチクする痛み？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. 液体漏れ（皮膚から）？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	↑		↑									
	全くない		非常にある									

一般的な経験

8. 他の圧迫装具での過去の**経験**と比較して、新しい器具は...と判断しています。

完全に劣っている

完全に優れている

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



製品名と過去に使用した時期（圧迫装具の場合は圧迫圧も）をご記入ください。（名称でも結構です）

（該当なし、経験無し）

.....
.....
.....
.....