Lower Extremity Functional Scale(LEFS)

検査日:　　ID:　　氏名:

このアンケートは、あなたが現在感じている脚の問題によって、以下に示した活動をすることが難しいかどうかを知るためのものです。それぞれの活動についてお答えください。

本日、あなたは以下の活動を行うことが難しいと思いますか？

(それぞれの質問について、あてはまる1つの番号に〇をつけてください)

活動	非常に難しい・出来ない	かなり難しい	多少難しい	ほんの少し難しい	難しくない
1 普段の仕事、家事、学校での活動	0	1	2	3	4
2 趣味、レクリエーション、スポーツ	0	1	2	3	4
3 お風呂の浴槽への出入り	0	1	2	3	4
4 各部屋へ歩いて移動する	0	1	2	3	4
5 靴や靴下をはく	0	1	2	3	4
6 しゃがむ	0	1	2	3	4
7 床から買い物袋などを持ち上げる	0	1	2	3	4
8 家の周りでの軽作業	0	1	2	3	4
9 家の周りでの力仕事	0	1	2	3	4
10 車の乗り降り	0	1	2	3	4
11 近所まで歩く	0	1	2	3	4
12 遠くまで歩く(1.5km)	0	1	2	3	4
13 10段の階段の昇り降り(約1階分)	0	1	2	3	4
14 1時間立つ	0	1	2	3	4
15 椅子に1時間座る	0	1	2	3	4
16 平らな場所を走る	0	1	2	3	4
17 でこぼこの地面を走る	0	1	2	3	4
18 速く走っていて急激に方向を変える	0	1	2	3	4
19 飛びはねる	0	1	2	3	4
20 ベッドでの寝返り	0	1	2	3	4
小計					

合計スコア： _____ / 80