

แบบคัดกรองการปวดหลังคีลสตาร์ท

ชื่อ: _____ วัน/เดือน/ปี: _____

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อความต่อไปนี้จากประสบการณ์ของท่านใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
	0	1
1. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งอาการปวดหลังของฉันปวดร้าวลงไปที่ขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งฉันมีอาการปวดที่บริเวณไหล่หรือคอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ฉันเดินได้ระยะทางสั้นลงเพราะอาการปวดหลังของฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉันแต่งตัวได้ช้าลงกว่าปกติเพราะอาการปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ฉันคิดว่ามันไม่ปลอดภัยสำหรับคนที่ประสบปัญหาเหมือนฉันที่จะทำกิจกรรมทางกายที่ต้องใช้แรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ฉันมีความกังวลบ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ฉันรู้สึกว่าการปวดหลังของฉันแย่มากและมันไม่มีทางที่จะดีขึ้นเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. โดยทั่วไปฉันไม่สนุกกับทุกสิ่งที่คุณเคยชอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. โดยรวมแล้วภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการปวดหลังรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด ?

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): _____

ระบบการให้คะแนนของแบบคัดกรองการปวดหลังคีลสตาร์ท

