

〈부록 1〉

환자 평정 주관절 외측상과염 평가서  
(PATIENT-RATED TENNIS ELBOW EVALUATION : PRTEE)

이름 : \_\_\_\_\_

날짜 : \_\_\_\_\_

아래의 질문은 지난 주 선생님께서 일상생활을 하시는데 얼마나 어려움을 겪었는지를 알아보기 위한 질문지입니다. 지난 주 선생님께서 느꼈던 증상 들을 0~10점으로 표시하여 주십시오. 모든 질문에 대답을 해 주셔야 합니다. 만약 아래의 질문에 있는 동작들 중 최근에 수행하지 않으신 동작이 있으시다면 그 행동을 했다고 가정을 했을 때 얼마나 힘들었는지 혹은 얼마나 통증을 느꼈는지 추측하여 기입하여 주십시오. 만약 아래의 질문에 있는 동작을 한 번도 수행해 본적이 없으시거나 그 행동을 했을 때 얼마나 어려웠을까 혹은 얼마나 아팠을까를 추정하실 수 없으시다면 그 질문에는 줄을 그어 주시고 다음 질문에 답을 하시면 됩니다.

1. 손상된 팔의 통증 검사	
지난주에 환자분 팔의 통증 정도를 0~10 숫자에 동그라미 해주세요. <통증이 전혀 없을시 에는 '0'.> <상상 할 수 있는 가장 극심한 통증은 '10'.>	
통증 정도	
	통증이 전혀 없음(0) <span style="float: right;">상상 가능한 가장 심한 통증(10)</span>
1. 휴식을 취하고 있을 때 통증	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. 팔을 반복적으로 움직임을 하는 동안 통증 정도	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. 식료품이 담긴 가방(비닐 봉지)를 들고 갈 때의 통증 정도	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. 통증이 가장 적었을 때의 정도는	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. 통증이 가장 심했을 때의 정도는	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<b>2. 기능적 장애</b>	
<b>A. 특이 동작</b> 지난 주 동안 밑에 있는 동작들을 수행 할 때 얼마나 어려웠는지 아래의 숫자에 동그라미 쳐 주세요. <어려움이 없었다. '0'>                      <동작을 전혀 할 수 없었다. '10'>	
1. 문 혹은 열쇠를 돌릴 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. 식료품 혹은 서류 가방을 옮길 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. 커피 혹은 우유컵을 들어서 입으로 가져갈 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. 병을 돌려서 열 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. 바지를 올려 입을 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. 젖은 수건이나 행주를 짤 때	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>B. 일반적인 동작</b> 일상적인 활동을 할 경우 지난주에 얼마나 어려웠는가에 대한 경험을 아래에 있는 각 항목에 정확히 동그라미 쳐 주세요. 일상적인 활동을 할 때 당신의 팔에 어떠한 문제가 있는가에 대해서 답 해주세요. <어려움이 없었다. '0'>                      <너무 힘들어서 아무 활동을 수행 하지 못 하였다.'10'>	
7. 개인 활동(옷 입고 벗기, 씻기)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. 집안 일(청소, 집 유지 및 관리)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. 일(환자분의 직업 혹은 모든 일들)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. 여가활동 혹은 운동	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Comments(발언)</b>	