

## 개 요

인구학적 조사서, 현재 건강상태 평가서, 주관적 무릎 평가서, 무릎 병력 기록지, 수술 기록지와 무릎 검진서로 구성된 IKDC 양식은 각각 별도의 서식으로 사용할 수도 있습니다. 무릎 병력 기록지와 수술 기록지는 편의를 위해 포함하였습니다. 모든 연구자들은 주관적 무릎 평가서와 무릎 검진서를 모두 기록해야 합니다. 주관적 무릎 평가서와 무릎 검진서를 작성하는 방법은 각 양식 뒷면에 기재되어 있습니다.

## 목 차

1. 인구학적 조사서
2. 현재 건강 평가서
3. 주관적 무릎 평가서
4. 무릎 병력 기록지
5. 수술 기록지
6. 무릎 검진서

## IKDC 인구학적 조사서

이름 \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                   년          월          일

주민번호 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_   성  별 : 남   여

직업 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                   년          월          일

다음은 일반적인 건강상의 문제를 나열했습니다. 첫 번째 열의 “ 예 ” 또는 “ 아니오 ” 에 표시한 후, 다음 질문으로 넘어가십시오. 만약 문제가 있다면, 두 번째 열에 그에 대한 약물이나 기타 치료를 받고 있는 지 표시하십시오. 마지막 열에 그 문제로 인해 활동의 제약을 받는지 표시하십시오.

	문제가 있습니까?	문제에 대한 치료를 받고 있습니까?	문제가 일상 활동에 영향을 미칩니까?
	예   아니오	예   아니오	예   아니오
심장질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
고혈압	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
천식 또는 폐 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
당뇨병	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
궤양 또는 위 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
장 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
신장 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
간 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
빈혈 또는 다른 혈액관련 질환	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
과체중	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
암	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
우울증	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
골관절염, 퇴행성관절염	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
류머티스성 관절염	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
허리 통증	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
라임(Lyme) 병	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
기타 다른 의학적 문제	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
알코올 중독	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. 담배를 피우십니까?

- 네
- 아니오, 최근 6개월 중에 금연했습니다
- 아니오, 6개월 이전에 금연했습니다
- 아니오, 담배를 피운 적이 없습니다

2. 신장 \_\_\_\_\_  센티미터  인치

3. 체중 \_\_\_\_\_  킬로그램  파운드

4. 인종 (해당 사항에 모두 표시하십시오)

- 백인     흑인 혹은 아프리카계 미국인     라틴 아메리카계 미국인
- 아시아계 또는 태평양도서계 미국인     아메리카 원주민
- 기타

5. 귀하의 학력은 어느 정도입니까?

- 고졸 미만     고졸     대학 중퇴
- 대졸     대학원 이상

6. 활동 수준

- 매우 격렬한 운동 경기에 참여하고 있습니까?
- 운동으로 단련되어 있고 자주 운동을 합니까?
- 가끔 운동을 합니까?
- 전혀 운동을 하지 않습니까?

## IKDC 현재 건강 상태 평가서

이름 \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

          년          월          일

날짜 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

          년          월          일

1. 귀하께서 자신의 전반적인 건강 상태를 평가한다면?

- 매우 좋음  매우 양호함  양호  보통  나쁨

2. 1년 전과 비교할 때 현재의 건강을 어떻게 평가하시겠습니까?

- 1년 전에 비해 훨씬 좋아짐  1년 전에 비해 약간 좋아짐  1년 전과 비슷함  
 1년 전에 비해 약간 나빠짐  1년 전에 비해 훨씬 나빠짐

3. 다음은 귀하께서 일상생활 중에 할 수 있는 활동입니다. 이러한 활동을 하는 데 지장이 있습니까? 그렇다면 얼마나 지장이 있습니까?

활동내용	네, 제한이 많습니다.	네, 약간 지장이 있습니다	아니오, 전혀 지장 없습니다.
a. 달리기, 무거운 물체 들어올리기, 격렬한 운동에 참가하는 등 과격한 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 테이블을 옮기거나 진공청소기를 돌리거나 볼링 또는 골프 등 중간 정도의 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 장바구니를 들어올리거나 들고 다니는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 여러 개의 계단을 올라가는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 계단 한 개를 올라가는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 굽히거나 무릎을 꿇거나 허리를 구부리는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 1.6km 이상 걷는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 여러 블록(80m)을 걸어가는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 한 블록(80m)을 걸어가는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 목욕하거나 옷을 입는 것	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 지난 4주 동안 직업적 또는 일상적 활동에서 신체적 건강 때문에 다음의 문제를 겪은 적이 있습니까?

(네) (아니오)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. 일 또는 다른 활동에 쓰는 시간을 줄였다                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 원하는 만큼의 성과를 얻지 못했다                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 일 또는 다른 활동의 종류가 제한되었다                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 일 또는 다른 활동을 하는 데 힘들었다<br>(예를 들어, 노력이 더 필요했다) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 지난 4주 동안 직업적 또는 일상적 활동에서 정서적 문제(예를 들어, 우울한 감정이나 초조함) 때문에 다음의 문제를 겪은 적이 있습니까?

(네) (아니오)

- |                                    |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 일 또는 다른 활동에 쓰는 시간을 줄였다          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 원하는 만큼의 성과를 얻지 못했다              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 보통 때만큼 일 또는 다른 활동을 주의 깊게 하지 않았다 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 지난 4주 동안 귀하께서는 신체 건강이나 정서적 문제 때문에 가족, 친구, 이웃과 집단과의 정상적인 사회 생활에 어느 정도 영향을 받았습니까?

전혀 없음    약간    어느 정도    상당히    많이

7. 지난 4주 동안 신체적 통증을 얼마나 느꼈습니까?

전혀 없음    아주 약간    약간    심하게    아주 심하게

8. 지난 4주 동안 귀하께서 일상생활(직장 업무와 가사일을 모두 포함하여)에 통증으로 인한 지장이 있었습니까?

전혀 느끼지 않음    약간    어느 정도    상당히    많이

9. 다음 질문들은 지난 4주 동안 귀하께서 어떻게 느끼고 어떻게 생활했는지에 대한 것입니다. 각 질문 별로 귀하가 느꼈던 정도와 가장 근접한 답을 한 개 골라 주십시오. 지난 4주 동안 귀하께서 얼마나 자주...

	항상	대부분의 경우	상당 시간 동안	일부 시간 동안	잠시 동안	전혀 없었음
a. 위산과다라고 느꼈습니까?						
b. 굉장히 초조했습니까?						
c. 평온하고 차분했습니까?						
d. 활력이 넘쳤습니까?						
e. 의욕이 없고 우울했습니까?						
f. 지쳤다고 느꼈습니까?						
g. 행복했습니까?						
h. 피곤했습니까?						

10. 지난 4주간 귀하는 얼마나 자주 신체적 건강이나 정서적 문제 때문에 사회 활동(예를 들어 친구, 친척 등 방문)에 영향을 받았습니까?

항상   대부분의 경우   때때로   가끔   전혀 영향이 없었음

11. 아래 각 문장이 귀하에게 얼마나 옳거나 그르다고 생각합니까?

	매우 그렇다	상당히 그렇다	잘 모르겠다	대개 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
a. 다른 사람에 비해 더 자주 아픈 것 같다					
b. 내가 아는 다른 사람들 만큼 건강하다					
c. 내 건강이 나빠질 것 같다					
d. 내 건강은 매우 좋다					

\* 이 양식에는 SF-36<sup>TM</sup> Health Survey에서 추출한 문항들이 포함되어 있습니다. Medical Outcomes Trust 승인 하 재판되었습니다. 저작권 © 1992.

## 2000 IKDC 주관적 무릎 평가서

이름 \_\_\_\_\_  
 날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 다친 날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
           년    월    일                                    년    월    일

### 증 상

\*실제로 이러한 활동들을 하지는 않더라도 현저한 증상 없이 할 수 있다고 판단되는 가장 높은 활동 수준에 채점합니다.

1. 현저한 무릎 통증 없이 할 수 있는 최대한의 활동 수준은 어느 것입니까?

- 4  농구나 축구 중 점프나 다리를 고정하고 몸을 비트는 동작과 같은 피보팅 (무릎이 꼬이거나 비틀리는) 등 매우 격렬한 활동
- 3  힘든 육체 노동, 스키, 테니스 등 격렬한 활동
- 2  중간 정도의 육체 노동, 달리기나 조깅 등 중간 정도의 활동
- 1  걷기, 가사일, 정원일 등 가벼운 활동
- 0  무릎 통증 때문에 위의 활동을 전혀 할 수 없음

2. 지난 4주 동안 혹은 다친 후로 얼마나 자주 통증을 느꼈습니까?

- |          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |    |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
|          | 10                       | 9                        | 8                        | 7                        | 6                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |    |
| 전혀<br>없음 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 항상 |

3. 통증이 있다면 얼마나 심합니까?

- |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |           |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
|    | 10                       | 9                        | 8                        | 7                        | 6                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |           |
| 없음 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 극도로<br>심함 |

4. 지난 4주 동안 혹은 다친 후로 무릎이 어느 정도로 뻣뻣하거나 부어 있었습니까?

- 4  전혀 없었다
- 3  약간 있었다
- 2  중간 정도였다
- 1  심했다
- 0  매우 심했다

5. 현저하게 무릎이 붓지 않고 할 수 있는 최대한의 활동은 다음 중 어떤 것입니까?

- 4  농구나 축구 중 점프나 다리를 고정하고 몸을 비트는 동작과 같은 피보팅 (무릎이 꼬이거나 비틀리는) 등 매우 격렬한 활동
- 3  힘든 육체 노동, 스키, 테니스 등 격렬한 활동
- 2  중간 정도의 육체 노동, 달리기나 조깅 등 중간 정도의 활동
- 1  걷기, 가사일, 정원일 등 가벼운 활동
- 0  무릎 통증 때문에 위의 활동을 전혀 할 수 없음

6. 지난 4주 동안 혹은 다친 후로 무릎에 뻣뻣하거나 걸리는 느낌이 있었습니까?

- 0  예    1  아니요

7. 현저하게 무릎이 어긋나는 느낌없이(꺾이는 느낌) 없이 할 수 있는 최대한의 활동은 다음 중 어떤 것입니까?

- 4  농구나 축구 중 점프나 다리를 고정하고 몸을 비트는 동작과 같은 피보팅 (무릎이 꼬이거나 비틀리는) 등 매우 격렬한 활동
- 3  힘든 육체 노동, 스키, 테니스 등 격렬한 활동
- 2  중간 정도의 육체 노동, 달리기나 조깅 등 중간 정도의 활동
- 1  걷기, 가사일, 정원일 등 가벼운 활동
- 0  무릎에 어긋나는 느낌(꺾이는 느낌) 때문에 위의 활동을 전혀 할 수 없음

### 스포츠 활동

8. 규칙적으로 참여할 수 있는 최대한의 활동은 다음 중 어떤 것입니까?

- 4  농구나 축구 중 점프나 다리를 고정하고 몸을 비트는 동작과 같은 피보팅 (무릎이 꼬이거나 비틀리는) 등 매우 격렬한 활동
- 3  힘든 육체 노동, 스키, 테니스 등 격렬한 활동
- 2  중간 정도의 육체 노동, 달리기나 조깅 등 중간 정도의 활동
- 1  걷기, 가사일, 정원일 등 가벼운 활동
- 0  무릎 통증 때문에 위의 활동을 전혀 할 수 없음



9. 귀하께서는 무릎 때문에 다음 활동의 수행 능력에 어떤 영향을 받습니까?:

		전혀 어렵지 않다	약간 어렵다	어렵다	매우 어렵다	불가능하다
a	계단 올라가기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	계단 내려가기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	무릎 꿇기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	쫓그려 얹기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	무릎을 굽힌 채 앉기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	의자에서 일어나기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	앞으로 일직선으로 달리기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	뛰어올랐다가 아픈 쪽 다리로 착지하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	섰다가 갑자기 출발하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 기 능

10. 10점을 기능이 우수한 정상 상태, 0점은 운동을 포함하여 일상적인 활동을 전혀 할 수 없는 상태를 의미한다면 0점에서 10점 범위로 귀하의 무릎을 평가할 때 몇 점을 주겠습니까?

무릎을 다치기 전의 기능:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
일상생활을 할 수 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	일상생활에 지장이 없음

현재의 무릎 기능 상태:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
일상생활을 할 수 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	일상생활에 지장이 없음

IKDC 주관적 무릎 평가서에서는 여러 가지 계산 방법이 고려되었다. 그 결과 각 문항 별 점수를 합산하는 방법이, 그 보다 더 복잡한 방법과 거의 유사한 유용성을 나타냄이 확인되었다.

각 문항 당 답안은 서수적 방법을 사용, 0점을 가장 낮은 기능이나 가장 심한 증상에 부여하는 방식으로 채점되었다. 예를 들어, 현저한 통증 없이 수행 가능한 최대 활동 수준을 묻는 1번 문항은 “ 무릎 통증으로 인해 위의 활동들을 전혀 할 수 없음 ” 답안에 0점, “ 농구나 축구 중 점프나 회전하기 등 매우 격렬한 활동”에는 4점을 부여한다. 지난 4주간 통증 빈도에 대해 묻는 2번 문항의 경우 “ 항상” 답안에 0점, “ 전혀 그렇지 않음”에 10점을 부여한다. 주: 본 양식의 이전 판의 경우 최저 점수를 1점으로 설정했다(예를 들어, 점수 범위는 1점에서 11점이었음). 이러한 이전 판에서 채점하려면 각 문항 당 점수를 현재 판의 점수로 변환해야 한다.

IKDC 주관적 무릎 평가서는 각 문항 별 점수를 모두 더한 후 이를 0에서 100점 사이의 점수로 환산, 계산한다. 주: 10a “ 무릎을 다치기 이전의 기능”에 대해 답안은 전체 점수에 합산되지 않는다. 최신 IKDC 평가서를 채점하려면 각 문항 당 점수를 모두 합산하고(각 답안 옆 점수 참고) 이를 가능한 최대 점수인 87로 나눈다:

$$\text{IKDC 점수} = \left[ \frac{\text{각 항목의 점수 합}}{\text{가능한 최대 점수}} \right] \times 100$$

그러므로 현재 판에서는 18문항에 대한 점수 합계가 45점이고, 환자가 모든 문항에 답했다면, IKDC 점수는 다음과 같이 계산된다:

$$\begin{aligned} \text{IKDC 점수} &= \left[ \frac{45}{87} \right] \times 100 \\ \text{IKDC 점수} &= 51.7 \end{aligned}$$

환산된 점수는 기능에 대한 척도로 간주되며, 높은 점수는 기능이 양호하고 증상이 적음을 나타낸다. 100점은 일상 생활이나 스포츠에 지장이 없고 증상이 없는 것으로 해석된다. IKDC 주관적 무릎 평가서는 전체 문항의 90% 이상 답했을 경우 계산될 수 있다(즉, 적어도 16개 문항에 대해 답했을 때). IKDC 주관적 무릎 평가서의 원래 지침에는 답이 없는 문항에 답변한 다른 문항들의 평균 점수를 부여했었다. 그러나 이러한 방법은 답변하지 않은 문항들의 최대 점수(예를 들어 2, 5, 또는 11점)에 따라 낮게 혹은 높게 채점될 수 있다. 그러므로 최신판에서 사용되는 개정된 계산 방법에서는 답변하지 않은 문항 두 개 이하일 경우, IKDC 점수는 (답변한 문항들의 총 합산 점수)/(답변한 문항들에서 얻을 수 있는 최대 총점)\*100으로 계산한다. 이러한 IKDC 주관적 무릎 평가서 계산법은 원래 계산법보다 더 정확하다.

채점표는 [www.sportsmed.org/research/index.asp](http://www.sportsmed.org/research/index.asp)에서 참고할 수도 있다. 이 채점표는 현재 서식상 점수와 답변하지 않은 문항들에 대해 개정된 계산법을 사용하고 있다.