

แบบประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม (ฉบับย่อ)

ต่อไปนี้เป็นข้อสอบถามว่าท่านมีความกังวลอย่างไรต่อความเป็นไปได้ที่จะหกล้ม กรุณาตอบคำถามโดยคำนึงว่าโดยปกติท่านทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างไร หากปัจจุบันท่านไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง กรุณาตอบคำถามว่าท่านมีความกังวลอย่างไรเกี่ยวกับการหกล้มถ้าท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง สำหรับกิจกรรมดังต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องสี่เหลี่ยมที่ใกล้เคียงมากที่สุดกับความเห็นของท่านในเรื่องความกังวลว่าจะหกล้มหากท่านทำกิจกรรมเหล่านี้

		ไม่กังวลหรือ ไม่กลัว 1	กังวลหรือกลัว เล็กน้อย 2	กังวลหรือกลัว ปานกลาง 3	กังวลหรือกลัว มาก 4
1	การใส่หรือถอดเสื้อผ้า	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	การอาบน้ำ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	การนั่งหรือลุกจากเก้าอี้	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	การขึ้นหรือลงบันได	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	การเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะ หรือ ก้มลงเก็บของบนพื้น	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	การเดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น กิจกรรมทางศาสนา การรวมญาติ หรือ กิจกรรมชมรม)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>