

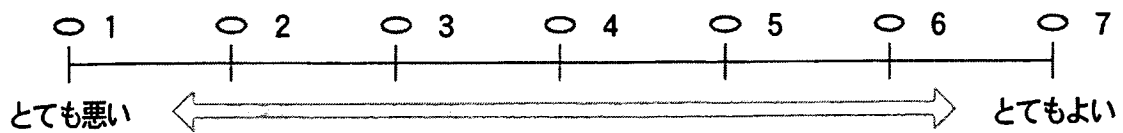
痛みや苦痛の有無に関わらず、全員の方にうかがいます。

今後、乳がんやその治療(手術、抗がん剤の使用、放射線治療など)に関連する痛みや苦痛を和らげるための治療や処置を受けたいですか？

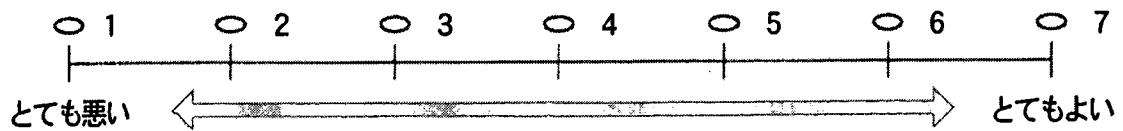
- 受けない
- どちらかといえば受けない
- どちらかといえば受けたい
- 受けたい
- わからない

ここ1週間についておたずねします。1から7の数字のうち、あなたにもっともあてはまる数字を教えてください。

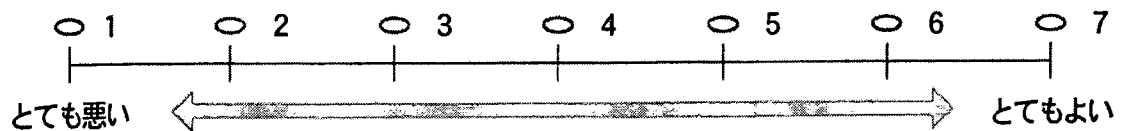
あなたの身体的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



あなたの精神的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



あなたの全体的な生活の質(QOL : クオリティ・オブ・ライフ)はどの程度だったでしょうか？



記入不可 ● ● ●

○●○● からだや心の状態についてうかがいます ●○●○

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。  
下の20の文章を読んで下さい。

各々のことがらについて

◎もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は〔A〕

◎週のうち1～2日なら〔B〕

◎週のうち3～4日なら〔C〕

◎週のうち5日以上なら〔D〕

のところをマークして下さい。

	この一週間のうちで			
	ない	1～2日	3～4日	5日以上
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A ○	B ○	C ○	D ○
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A ○	B ○	C ○	D ○
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A ○	B ○	C ○	D ○
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A ○	B ○	C ○	D ○
5. 物事に集中できない。	A ○	B ○	C ○	D ○
6. ゆううつだ。	A ○	B ○	C ○	D ○
7. 何をするのも面倒だ。	A ○	B ○	C ○	D ○
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A ○	B ○	C ○	D ○
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A ○	B ○	C ○	D ○
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A ○	B ○	C ○	D ○
11. なかなか眠れない。	A ○	B ○	C ○	D ○
12. 生活について不満なくすごせる。	A ○	B ○	C ○	D ○
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A ○	B ○	C ○	D ○
14. 一人ぼっちでさびしい。	A ○	B ○	C ○	D ○
15. 皆がよそよそしいと思う。	A ○	B ○	C ○	D ○
16. 毎日が楽しい。	A ○	B ○	C ○	D ○
17. 急に泣きだすことがある。	A ○	B ○	C ○	D ○
18. 悲しいと感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○
20. 仕事が手につかない。	A ○	B ○	C ○	D ○

○●○● あなたが必要とする情報についてうかがいます ●○●○

最近、以下についての情報を欲しいと思ったことはありましたか？  
また、欲しいと思った方は、その情報が得られましたか？

	必要 なかった	欲しかった	お答え ください	情報が 得られた	得られて いない
<医療・福祉など>					
治療方法についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
緩和ケアや痛みの治療についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
乳房再建術についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
福祉制度についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<セルフケア>					
薬についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
症状への対応についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<こころのケア>					
相談できる病院など、施設についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
患者会などセルフヘルプグループについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族との接し方についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<日常生活>					
食事についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
サプリメントなど代替療法についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
衣類・下着・かつらなどについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
結婚・性生活・妊娠などについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会復帰についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○●○● 最後に、支援へのご要望についてうかがいます ●○●○

がんに関する情報を、どのような方法で提供されることを望みますか？  
あてはまるものすべてをマークしてください。

<input type="radio"/> 新聞	<input type="radio"/> テレビのニュース・番組
<input type="radio"/> ラジオのニュース・番組	<input type="radio"/> 一般雑誌
<input type="radio"/> 専門雑誌（医療・健康に関する雑誌など）	<input type="radio"/> 一般の本・書籍
<input type="radio"/> 専門の本・書籍（医療・健康に関する書籍など）	<input type="radio"/> インターネット
<input type="radio"/> メールリスト	<input type="radio"/> 家族から
<input type="radio"/> 友人・知人から	<input type="radio"/> 病院の掲示・配布物など
<input type="radio"/> 医師・保健師など専門家による指導	<input type="radio"/> 健康教室・講演会
<input type="radio"/> 政府や自治体の広報誌	<input type="radio"/> 近くの病院のがんの対面相談窓口
<input type="radio"/> 近くの病院の電話相談窓口	<input type="radio"/> 全国規模の電話相談窓口
<input type="radio"/> その他（ ）	

記入不可 ● ● ● ●

相談するならどのような方法がいいですか？あてはまるものすべてをマークしてください。

- メールによる相談                       FAXによる相談                       電話による相談  
 対面での相談                               その他 (                                      )

以下について相談したいと思いますか？相談したい場合は、相談したい相手もおしえてください。それぞれについて、あてはまるものすべてにマークしてください。

相談内容	相談相手								
	主治医	主治医以外の医師	精神科医・心療内科医	看護師・保健師	ソーシャルワーカー	心理カウンセラー	他の患者や患者の家族	その他	必要ない
治療について相談したい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会福祉制度（保険など）について相談したい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心配事を聞いてほしい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
支えになってほしい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他 (                                      )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

情報提供やご相談をお受けしたりする以外の患者さんの支援について検討しています。以下に、生活や人生において重要と一般的に言われている項目をあげました。これらのなかで、あなたが現在、ほしいものやしたいこと、さらに望むことは何ですか？あてはまるものすべてをマークしてください。また、その他の場合は、具体的にお書きください

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 健康                      | <input type="radio"/> 睡眠・休息  | <input type="radio"/> 性生活          |
| <input type="radio"/> 時間                      | <input type="radio"/> 好きなものを食べたり飲んだりすること                           | <input type="radio"/> 仕事や仕事の充実     |
| <input type="radio"/> 子どもや親の身の回りの世話           | <input type="radio"/> 生活費や治療・療養に関わる費用                              | <input type="radio"/> 左記以外のお金      |
| <input type="radio"/> 社会福祉制度の充実               | <input type="radio"/> 安定した暮らし                                      | <input type="radio"/> 精神的な安らかさ     |
| <input type="radio"/> ボランティアなどの社会福祉活動や地域活動    | <input type="radio"/> サークルやおけいごと、趣味の集まり                            | <input type="radio"/> 趣味・レジャー・スポーツ |
| <input type="radio"/> 配偶者・恋人                  | <input type="radio"/> 子ども・孫  | <input type="radio"/> 親しい友人・知人     |
| <input type="radio"/> 職場・近隣・趣味活動・社会活動などの仲間や知人 | <input type="radio"/> 容姿や見た目の良さ                                    | <input type="radio"/> 将来への希望・展望    |
| <input type="radio"/> 人からのまごころや思いやり           | <input type="radio"/> 人からの手助けを受けること                                | <input type="radio"/> 人の役に立つこと     |
| <input type="radio"/> 自分をしっかり見つめること           | <input type="radio"/> その他 (                                      ) |                                    |
| <input type="radio"/> 今あるもので十分                |  |                                    |

乳がんになったことと関連して、これまでに困ったことがありましたら、ご自由にお書きください。

(担当医師による記入用)

切り離してFAXでお送りください (03-5298-8536)

## 生活習慣や代替療法に関する質問票 ＜2回目調査用＞

### 質問票配布連絡票

枠内にご記入のうえ、1枚目（本紙）のみ下記データセンターまでFAXでお送りください。  
2枚目からは患者さん用の質問票になっています。1枚目を切り離したことを必ずご確認ください  
だき、2枚目以降を患者さんにお渡しください。

CSPOR・疫学データセンター

**FAX : 03-5298-8536**

電話 : 03-3254-8029

受付時間 : 平日 10時～17時 (祝祭日、年末年始を除く)

N-SAS BC06 登録番号 :

施設名 :

担当医師名 :

コホート質問票番号

1 2 3 4

(患者さんご本人記入用)

返信用封筒で郵送返却してください

## 生活習慣や代替療法に関する質問票 ＜ 2 回目調査用 ＞

この質問票は、生活習慣や代替療法についておたずねするものです。「調査研究へのご協力をお願い」をお読みになり、この研究参加に同意されたうえで、以下の質問にお答えいただきますようお願いいたします。

お答えいただいた質問票は、実行委員会によって厳重に管理され、個人が特定できないかたちで集計されるため、あなたの回答内容について担当医師やご家族に知られることはありません。

以下の質問に順番にお答えください。答えは、特に指示がなければあてはまるもの1つをマークし、指示があるところにはあてはまるものすべてにマークしたり、数字や言葉を記入してください。答えたくない質問にはお答えいただかなくてもかまいませんので、最後までご回答いただけますようお願いいたします。

この質問票を渡された日：

平成 年 月 日

\*ご記入ください

この質問票に回答した日：

平成 年 月 日

\*ご記入ください






コホート質問票番号  
1 2 3 4

記入不可



# 記入上の注意

1. ご本人が記入してください。
2. 黒色の鉛筆で、あてはまるマーク（○のところ）をぬりつぶすか、の中に数字や文字を記入してください。また、選択肢に「その他」を選んだ場合、その後ろの（     ）の中に具体的な内容を記入してください。
3. 鉛筆は、HB、B、Hのものを使ってください。
4. 万年筆やボールペンは、絶対に使わないでください。
5. 訂正する場合は、消しゴムで完全に消してください。
6. 余白には、何も記入しないでください。

## (マーク記入例)

良い例 	悪い例    
	うすい      はみ出し

たとえば、もしもあなたが現在たばこをすい、すい始めた年齢が20歳なら、次のように記入してください。

現在、  たばこをすっていますか？		
<input checked="" type="radio"/> すっている	<input type="radio"/> やめた	<input type="radio"/> すわない
↓ 何歳からすい始めましたか？  <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">20</div> 歳	↓ 何歳の時たばこをやめましたか？ <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">  </div> 歳 ↓ 何歳からすい始めましたか？ <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">  </div> 歳	↓

○●○○● 健康状態についてうかがいます ●○○●○

乳がんの手術について、あてはまるもの1つにマークしてください。	
<input type="radio"/> 乳房切除術（全摘出）を受けた	<input type="radio"/> 乳房温存術（部分切除）を受けた <input type="radio"/> その他( )
乳房再建術を受けましたか？	
<input type="radio"/> 受けた	<input type="radio"/> 受けなかった
腋窩リンパ節郭清（わきのしたのリンパ節の切除）を受けましたか？	
<input type="radio"/> 受けた	<input type="radio"/> 受けなかった
手術後に、放射線治療を受けましたか？	
<input type="radio"/> 受けた	<input type="radio"/> 受けなかった

手術後に痛みや苦痛が生じることについて、手術の前に説明を受けていましたか？		
<input type="radio"/> 十分受けた	<input type="radio"/> 受けたが十分でなかった	<input type="radio"/> 受けなかった
痛みや苦痛の予防や、症状への対応について、手術の前に説明を受けていましたか？		
<input type="radio"/> 十分受けた	<input type="radio"/> 受けたが十分でなかった	<input type="radio"/> 受けなかった

手術を受けた側の腕に関して、下記のような症状がありますか？ あてはまるものすべてにマークしてください。			
<input type="radio"/> 腕がだるい	<input type="radio"/> 腕が疲れやすい	<input type="radio"/> 手がこわばる	<input type="radio"/> 物を落としやすくなった
<input type="radio"/> 手を握りにくい	<input type="radio"/> 手術を受けた側の胸や背中がはれぼったい		

乳がんの手術に関連していると思われる身体的な痛みや苦痛についてお答えください

全員の方に、リンパ浮腫やむくみの症状についてうかがいます。

手術を受けた側の腕について、次のような状態になったことがありますか(なっていますか)？ あてはまるもの1つにマークしてください。	
<input type="radio"/> 浮腫やむくみなどの症状はほとんどない	
<input type="radio"/> 皮膚を押すと、指のあとが残ることがあるが、すぐに元にもどる	
<input type="radio"/> 皮膚を押すと、指のあとが残り、数十秒してから元にもどる	
<input type="radio"/> 上記の症状が進行し、皮膚が硬くなって、皮膚を押してもあとが残らなくなっている	
<input type="radio"/> さらに進行し、皮膚の色が変わったり、象の皮のように硬くなっている	
手術を受けた側の腕の大きさには変化はありましたか？	
<input type="radio"/> 変わらない	<input type="radio"/> 少しだけ太くなった
<input type="radio"/> やや(1.5倍未満)太くなった	<input type="radio"/> かなり(1.5倍以上)太くなった
リンパ浮腫やむくみの症状はいつから、どのくらいの期間続いていましたか(いますか)？ ( )内にご記入ください。	
術後 ( ) 日ごろから	( ) 日間くらい 続いていた(いる)

記入不可 ●



リンパ浮腫の診断を受けましたか？
<input type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けていない
今までに、症状に対して、マッサージ(リンパドレナージ)や、包帯・衣服などによる圧迫、マッサージ器など、むくみを和らげるための治療や処置を受けましたか？
<input type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けたかったが受けられなかった <input type="radio"/> 受ける必要はなかった
↓
<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 全くよくならなかった ←—————→ 完全によくなった

全員の方にうかがいます。

現在、手術を受けた側の胸、わき、上腕に、ひりひりするような痛みや、ちりちりするような痛みを感じたり、衣服や下着がすれた時に痛みを感じたりすることがありますか？あてはまるもの1つにマークしてください。
<input type="radio"/> おおいにある <input type="radio"/> 少しある <input type="radio"/> ない

↓
<「おおいに/少しある」と回答した方に>痛みはいつから、どのくらいの期間続いていますか？ ( ) 内にご記入ください。
術後 (                      ) 日ごろから                      (                      ) 日間くらい 続いている
頻度はどのくらいですか？
<input type="radio"/> いつも <input type="radio"/> ときどき <input type="radio"/> たまに
今までに、痛みに対して、薬(のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など)やマッサージ、リハビリなど、痛みを和らげるための治療や処置を受けましたか？
<input type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けたかったが受けられなかった <input type="radio"/> 受ける必要はなかった

↓
<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 全くよくならなかった ←—————→ 完全によくなった

全員の方にうかがいます。

現在、手術を受けた側の胸、わき、上腕に、しびれやだるさ、重い感じ、つばった感じ、ざわざわする感じ、感覚がないなどの症状がありますか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにある

少しある

ない

<「おおいに/少しある」と回答した方に>症状はいつから、どのくらいの期間続いていますか？  
( ) 内にご記入ください。

術後 ( ) 日ごろから

( )

日間くらい 続いている

頻度はどのくらいですか？

いつも

ときどき

たまに

今までに、上記の症状に対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）やマッサージ、リハビリなど、症状を和らげるための治療や処置を受けましたか？

受けた

受けたかったが、受けられなかった

受ける必要はなかった

<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？

1

2

3

4

5

6

7

全くよくならなかった

完全によくなった

乳房全摘出手術を受けた方にうかがいます。受けていない方は、次ページ中央にお進みください。

現在、手術を受けた側の胸に、切除した乳房がまだあるような感覚があり、その乳房に痛みを感じることがありますか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにある

少しある

ない

<痛みが「おおいに/少しある」と回答した方に>症状はいつから、どのくらいの期間続いていますか？ ( ) 内にご記入ください。

術後 ( ) 日ごろから

( )

日間くらい 続いている

頻度はどのくらいですか？

いつも

ときどき

たまに

今までに、痛みに対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）など、痛みを和らげるための治療や処置を受けましたか？

受けた

受けたかったが受けられなかった

受ける必要はなかった

<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？

1

2

3

4

5

6

7

全くよくならなかった

完全によくなった

記入不可



引き続き、乳房全摘出手術を受けた方にかがいます。

現在、手術を受けた側の胸に、切除した乳房がまだあるような感覚があり、その乳房に痛みを伴わない不快感（ちくちくする感じや、針で刺すような感じ、圧迫感、何かが触れているような感覚、温かさや冷たさなどの症状）がありますか？あてはまるもの1つにマークしてください。

- おおいにある                       少しある                       ない

↓ ↓  
<不快感が「おおいに/少しある」と回答した方に>症状はいつから、どのくらいの期間続いていますか？（ ）内にご記入ください。

術後（                      ）日ごろから                      （                      ）日間くらい 続いている

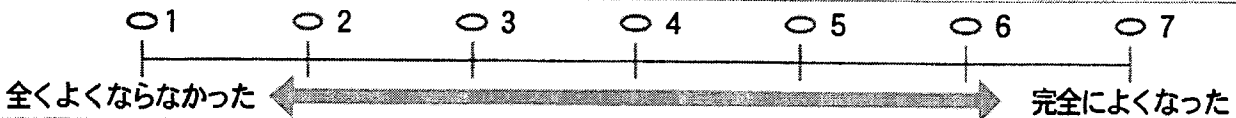
頻度はどのくらいですか？

- いつも                                       ときどき                                       たまに

今までに、不快感に対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）など、不快感を和らげるための治療や処置を受けましたか？

- 受けた                       受けたかったが受けられなかった                       受ける必要はなかった

↓  
<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？



ここからは、全員の方にかがいます。

現在、手術を受けた側の腕や肩を手術前と同じように動かすことができますか？あてはまるもの1つにマークしてください。

- 同じように動かせる                       少し動かしづらい                       かなり動かしづらい

腕や肩を動かすときに、手術した側の胸やわき、腕、背中、肩、首などにひきつれるような痛みや、つっぱるような痛み、だるいような痛みはありますか？

- おおいにある                       少しある                       ない

<上記2問で、「少し/かなり動かしづらい」または痛みが「おおいに/少しある」と回答した方に>症状はいつから、どのくらいの期間続いていますか？（ ）内にご記入ください。

術後（                      ）日ごろから                      （                      ）日間くらい 続いている

頻度はどのくらいですか？

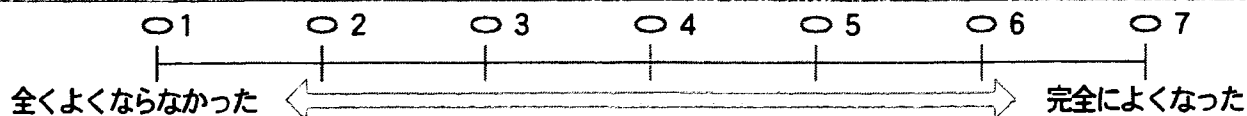
- いつも                                       ときどき                                       たまに

今までに、上記の症状に対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）やマッサージ、リハビリなど、症状を和らげるための治療や処置を受けましたか？

- 受けた                       受けたかったが受けられなかった                       受ける必要はなかった

↓  
次ページの質問に続きます。

<前ページで「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？



全員の方にうかがいます。

上記以外で、乳がんの手術に関連していると思われる身体的な痛みや苦痛がありますか？  
あてはまるもの1つにマークしてください。

- おおいにある       少しある       ない



<痛みや苦痛が「おおいに/少しある」と回答した方に>どのような症状でしょうか。具体的にお書きください。

症状はいつから、どのくらいの期間続いていますか？ ( ) 内にご記入ください。

術後 (                      ) 日ごろから                      (                      ) 日間くらい 続いている

頻度はどのくらいですか？

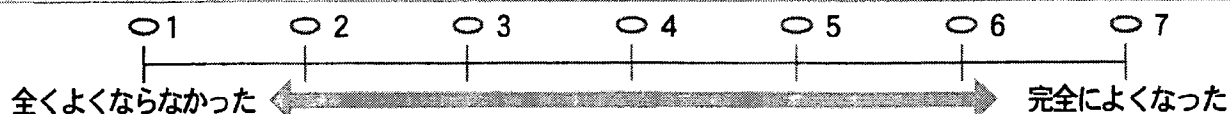
- いつも       ときどき       たまに

今までに、上記の症状に対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）やマッサージ、リハビリなど、  
症状を和らげるための治療や処置を受けましたか？

- 受けた       受けたかったが受けられなかった       受ける必要はなかった



<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？



記入不可

手術以外の、乳がんやその治療に関連していると思われる身体的な痛みや苦痛についてお答えください

全員の方にうかがいます。

診断後今までに、手術以外の、乳がんやその治療に関連していると思われる、日常生活に影響するような身体的な痛みや苦痛がありましたか？（自然災害や事故などを除きます）

おおいにあった

少しあった

なかった

<痛みや苦痛が「おおいに/少しあった」と回答した方に>一番つらかったのはどのような症状でしょうか。具体的にお書きください。

上記の痛みや苦痛はいつから、どのくらいの期間続いていましたか？（ ）内にご記入ください。

診断後（ ）日ごろから

（ ）日間くらい 続いていた

頻度はどのくらいですか？

いつも

ときどき

たまに

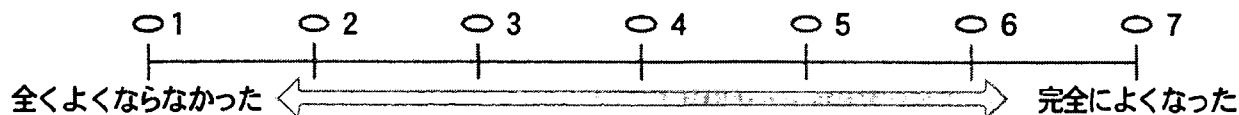
今までに、上記の痛みや苦痛に対して、薬（のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など）やマッサージ、リハビリなど、症状を和らげるための治療や処置を受けましたか？

受けた

受けたかったが受けられなかった

受ける必要はなかった

<「受けた」と回答した方に>治療や処置によって、受ける前と比べてどのくらい楽になりましたか？



痛みや苦痛の有無に関わらず、全員の方にうかがいます

痛みや苦痛があったとき、そのことを主治医に相談しましたか？

相談した

相談しなかった

痛みや苦痛はなかった

<「相談した」と回答した方に>主治医は症状への対応を行いましたか？

十分行った

行ったが十分でなかった

行わなかった

全員の方にうかがいます。

今後、痛みや苦痛を和らげるための治療や処置を受けたいですか？

受けたい

どちらかと言えば受けたい

どちらかと言えば受けたくない

受けたくない

わからない

○●○● ストレスについてうかがいます ●○●○

乳がんになったことを原因とする、以下のようなできごとや状況が、手術を受けてから今までにあなたに「あてはまる」か「あてはまらない」かを、どちらか1つをマークしてお答えください。

次に、「あてはまる」の場合には、そのことによってあなたがどの程度ストレスに感じたか(または感じているか)を「強いストレスを感じた(感じている)」から「全くストレスを感じなかった(感じていない)」までのあてはまるもの1つをマークしてください。

乳がんになったことで手術を受けてから今までに	できごとや状況の有無		お答え ください	そのことによってどの程度ストレスを感じましたか? (感じていますか?)			
	あてはまらない	あてはまる		強い ストレスを 感じた (感じている)	中程度の ストレスを 感じた (感じている)	弱い ストレスを 感じた (感じている)	全く ストレスを 感じなかった (感じていない)
1. 仕事に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 経済面で困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 社会活動や社会参加(町内会活動、サークル活動、おけいこごとなど)の機会が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 家庭での役割(母親・妻など)に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 趣味やたのしみが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 家族との関係が悪化した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 友人との関係が悪化した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 再発など病気の悪化についての不安がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 性生活に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 容姿や見た目が以前よりも悪くなったと感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 医療や治療に対する不満がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 主治医など医療従事者との関係に不満がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 好きなものを好きなだけ食べられなくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

記入不可 ● ●

次の質問は、周囲の人々との関係や自分のおかれている状況によって、抑うつ・不安・怒り・イライラなどの不快な気持ちを感じている状況の時に、あなたがどのように対応しているのかをおたずねします。

(1)あなたが、現在“最も強くストレスを感じていること”は何でしょうか？

乳がんに関係したことでなくても、どんなことでもけっこうですから、1つだけ回答欄に書いてください。

( )

(2)上に書かれた“最も強くストレスを感じていること”に対して、あなたがどのように考えたり、行動したりしているのかについてお聞きします。それぞれの項目を読んで、「全くしない」から「いつもする」まで、現在のあなたの考えかたや行動に近いと思われるものをマークしてください。

	全くしない	たまにする	時々する	いつもする
1. 現在の状況を変えるよう努力する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 先のことをあまり考えないようにする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 自分で自分を励ます	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. なるようになれと思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 物事の明るい面を見ようとする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 時の過ぎるのにまかせる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 人に問題解決に協力してくれるよう頼む	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 大した問題ではないと考える	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 問題の原因を見つけようとする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 何らかの対応ができるようになるのを待つ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 自分のおかれた状況を人に聞いてもらう	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 情報を集める	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. こんな事もあると思ってあきらめる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 今の経験はためになると思うことにする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○●○● 現在のあなたご自身の考え方についてうかがいます ●○●○

健康の維持増進、そして、病気の発症や経過に、心理社会的な要因が関係していることが知られています。以下に、健康状態に関係すると思われる項目をお聞きします。あまり考えすぎずに、自分にあてはまるものに、それぞれ1つだけマークしてください。

あなたの人生に対する感じ方についておうかがいします。				
以下(1)～(12)のそれぞれの項目について、 あなたの現在のお気持ちにもっとも近いものを選んでください。	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
わたしは、				
(1)人生に対して前向きな見方をしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2)短期、または長期の目標がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3)ひとりぼっちであるように感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4)困難のまっただ中でも可能性を見いだすことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(5)自分を安らかな気持ちにさせてくれるような、心のよりどころがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(6)自分の将来のことを考えると恐ろしい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(7)幸せなときや楽しいときを思い起こすことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(8)内に秘めた芯の強さがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(9)人を大切にし、また人からも大切にされている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(10)自分が歩んでいる方向がわかる気がする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(11)一日一日に可能性があると信じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(12)自分の人生が価値のある大切なものであると感じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

現在、あなたにとって生きるうえでのたのしみや支えになっているものや、生き生きした時間を過ごせるものは何でしょうか？ あてはまるものすべてにマークしてください。

- |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 仕事・勉強        | <input type="radio"/> 地域活動・ボランティアなど社会福祉活動  | <input type="radio"/> 宗教          |
| <input type="radio"/> 趣味・レジャー・スポーツ | <input type="radio"/> 趣味・レジャー・スポーツ仲間とのつながり | <input type="radio"/> 家族・恋人       |
| <input type="radio"/> 友人           | <input type="radio"/> その他 ( )              | <input type="radio"/> <u>特にない</u> |

記入不可 ● ●



乳がんになって以降今までに、得たものや学んだものがあったと思えることはありますか？  
 あなたのお気持ちにもっとも近いものに1つずつマークしてください。

	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
精神的な強さが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人生を乗り越えていく自信が増した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
何事に対しても良い方向に考えるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
一日一日を過ごしていくことに対して大切に感じるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族との絆(関係)が強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
友人との絆(関係)が強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生きがいや人生のたのしみが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人や社会のために役に立ちたいという思いが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
日常生活において、健康に気をつけるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他( )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○●○○ あなたと周りの人々との関係についてうかがいます ●○○○

あなたが必要とするとき、あなたの心配事や悩み事を聞いてくれたり、心の支えになってくれたり  
 する人はいますか？  
 あてはまるものすべてにマークしてください。

<input type="radio"/> 父・母	<input type="radio"/> 配偶者・恋人	<input type="radio"/> 子ども
<input type="radio"/> 兄弟姉妹	<input type="radio"/> その他の親戚	<input type="radio"/> 患者仲間
<input type="radio"/> 仕事仲間	<input type="radio"/> 友人・知人	<input type="radio"/> 病院の医師
<input type="radio"/> 病院の看護師	<input type="radio"/> 病院の相談員	<input type="radio"/> ボランティア
<input type="radio"/> その他( )		<input type="radio"/> 誰もいない

逆に、あなたが、心配事や悩み事を聞いてあげたり、心の支えになってあげたりしている人はいますか？  
 あてはまるものすべてにマークしてください。

<input type="radio"/> 父・母	<input type="radio"/> 配偶者・恋人	<input type="radio"/> 子ども
<input type="radio"/> 兄弟姉妹	<input type="radio"/> その他の親戚	<input type="radio"/> 患者仲間
<input type="radio"/> 仕事仲間	<input type="radio"/> 友人・知人	
<input type="radio"/> その他( )		<input type="radio"/> 誰もいない

○●○● からだや心の状態についてうかがいます ●○●○

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。  
下の20の文章を読んで下さい。

各々のことがらについて

◎もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は〔A〕

◎週のうち1～2日なら〔B〕

◎週のうち3～4日なら〔C〕

◎週のうち5日以上なら〔D〕

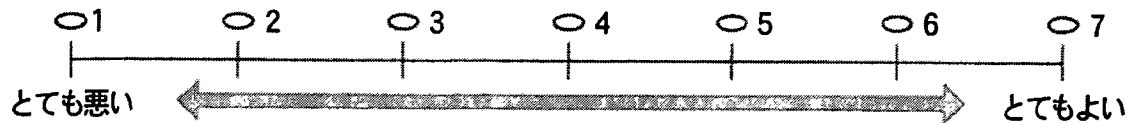
のところをマークして下さい。

	この一週間のうちに			
	ない	1～2日	3～4日	5日以上
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A ○	B ○	C ○	D ○
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A ○	B ○	C ○	D ○
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A ○	B ○	C ○	D ○
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A ○	B ○	C ○	D ○
5. 物事に集中できない。	A ○	B ○	C ○	D ○
6. ゆうつだ。	A ○	B ○	C ○	D ○
7. 何をするのも面倒だ。	A ○	B ○	C ○	D ○
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A ○	B ○	C ○	D ○
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A ○	B ○	C ○	D ○
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A ○	B ○	C ○	D ○
11. なかなか眠れない。	A ○	B ○	C ○	D ○
12. 生活について不満なくすごせる。	A ○	B ○	C ○	D ○
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A ○	B ○	C ○	D ○
14. 一人ぼっちでさびしい。	A ○	B ○	C ○	D ○
15. 皆がよそよそしいと思う。	A ○	B ○	C ○	D ○
16. 毎日が楽しい。	A ○	B ○	C ○	D ○
17. 急に泣きだすことがある。	A ○	B ○	C ○	D ○
18. 悲しいと感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○
20. 仕事が手につかない。	A ○	B ○	C ○	D ○

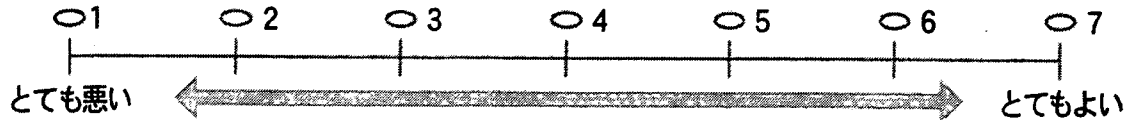
記入不可

ここ1週間についておたずねします。1から7の数字のうち、あなたにもっともあてはまる数字を教えてください。

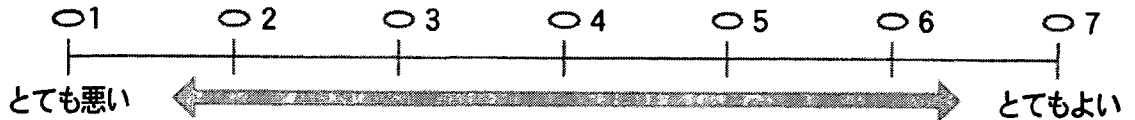
あなたの身体的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



あなたの精神的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



あなたの全体的な生活の質(QOL:クオリティ・オブ・ライフ)はどの程度だったでしょうか?



現在の身長はどれくらいですか?

--	--	--

(小数点以下は四捨五入する)  
cm

現在の体重はどれくらいですか?

--	--	--

(小数点以下は四捨五入する)  
kg

●●● あなたが必要とする情報についてうかがいます ●●●

最近、以下についての情報を欲しいと思ったことはありましたか?

また、欲しいと思った方は、その情報が得られましたか?

	必要 なかった	欲しかった	お答え ください	情報が 得られた	得られて いない
<b>&lt;医療・福祉など&gt;</b>					
治療方法についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
緩和ケアや痛みの治療についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
乳房再建術についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
福祉制度についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>&lt;セルフケア&gt;</b>					
薬についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
症状への対応についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>&lt;こころのケア&gt;</b>					
相談できる病院など、施設についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
患者会などセルフヘルプグループについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族との接し方についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>&lt;日常生活&gt;</b>					
食事についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
サプリメントなど代替療法についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
衣類・下着・かつらなどについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
結婚・性生活・妊娠などについての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会復帰についての情報	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○●○● 最後に、支援へのご要望についてうかがいます ●○●○

がんに関する情報を、どのような方法で提供されることを望みますか？  
あてはまるものすべてをマークしてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 新聞                     | <input type="checkbox"/> テレビのニュース・番組     |
| <input type="checkbox"/> ラジオのニュース・番組            | <input type="checkbox"/> 一般雑誌            |
| <input type="checkbox"/> 専門雑誌（医療・健康に関する雑誌など）    | <input type="checkbox"/> 一般の本・書籍         |
| <input type="checkbox"/> 専門の本・書籍（医療・健康に関する書籍など） | <input type="checkbox"/> インターネット         |
| <input type="checkbox"/> メーリングリスト               | <input type="checkbox"/> 家族から            |
| <input type="checkbox"/> 友人・知人から                | <input type="checkbox"/> 病院の掲示・配布物など     |
| <input type="checkbox"/> 医師・保健師など専門家による指導       | <input type="checkbox"/> 健康教室・講演会        |
| <input type="checkbox"/> 政府や自治体の広報誌             | <input type="checkbox"/> 近くの病院のがんの対面相談窓口 |
| <input type="checkbox"/> 近くの病院の電話相談窓口           | <input type="checkbox"/> 全国規模の電話相談窓口     |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）                 |  |

相談するならどのような方法がいいですか？あてはまるものすべてをマークしてください。

- |                                   |                                   |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> メールによる相談 | <input type="checkbox"/> FAXによる相談 | <input type="checkbox"/> 電話による相談 |
| <input type="checkbox"/> 対面での相談   | <input type="checkbox"/> その他（ ）   |                                  |

以下について相談したいと思いますか？相談したい場合は、相談したい相手もおしえてください。  
それぞれについて、あてはまるものすべてにマークしてください。

相談内容	相談相手								
	主治医	主治医以外の医師	精神科医・心療内科医	看護師・保健師	ソーシャルワーカー	心理カウンセラー	他の患者や患者の家族	その他	必要ない
治療について相談したい	<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"/>
社会福祉制度（保険など）について相談したい	<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"/>
心配事を聞いてほしい	<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"/>
支えになってほしい	<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"/>
その他（ ）	<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"/>

記入不可 ●