

「始めた理由」の選択肢

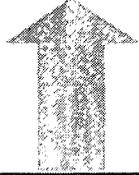
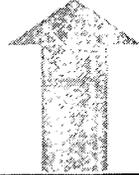
下の表にマークしてください。

1. 乳がんが改善すること、あるいは進行を抑えることを期待して
2. 痛みや抗がん剤の副作用などの症状が軽くなることを期待して
3. 病院による治療だけでは不十分だと考えて
4. 他に有効な治療法がないから
5. 周りの人からのすすめでしかたなく
6. その他

「中止した理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

1. 効果がないから
2. 乳がんやその治療に関連した症状が悪化したから
3. 健康法やその他の代替療法による副作用が生じたから
4. 症状の悪化や副作用など、悪い影響がでることが心配になったから
5. 費用がかかるから
6. 周りの人に中止することをすすめられたから
7. その他



左のページでお答えいただいた健康法やその他の代替療法について引き続きおたずねします。番号は、左のページの番号に対応します。

番号	続けている (いた)期間	始めた理由 (上記の選択肢から いくつでも選んでください)	1ヶ月にかかる (かかった) 平均費用	現在も続けていますか (どちらか1つにマーク)		<中止した方に> 中止した理由 (上記の選択肢から いくつでも選んでください)
				継続	中止	
1	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
2	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
3	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
4	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
5	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
6	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
7	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○
8	年 月	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	円/月	○	○	1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○

記入不可 ● ●

○●○● 過去1年間の「身体の動かし方」 についてうかがいます ●○●○

過去1年間のうち、通常の時期の1日の仕事時間の内訳をおしえてください。
通勤や家事の時間も含めてお答えください。

仕事など時間の内訳	な か っ た	1	1時間	3時間	5時間	7時間	9時間	11
		時 間 未 満	以 上 3 時 間 未 満	以 上 5 時 間 未 満	以 上 7 時 間 未 満	以 上 9 時 間 未 満	以 上 11 時 間 未 満	時 間 以 上
通勤、仕事、家事などで 座っている時間	○	○	○	○	○	○	○	○
通勤、仕事、家事などで 立っている時間	○	○	○	○	○	○	○	○
通勤、仕事、家事などで 歩いている時間	○	○	○	○	○	○	○	○
力のいる作業をしている 時間	○	○	○	○	○	○	○	○

余暇での「身体の動かし方」についておたずねします。
過去1年間で、次のことを行う頻度と1回あたりの時間はどのくらいでしたか。

余暇での身体の動かし方	頻度					1回あたりの時間					
	月 に 1 回 未 満	月 に 1 〜 3 回	週 に 1 〜 2 回	週 に 3 〜 4 回	ほ ぼ 毎 日	30 分 未 満	30 〜 59 分	1 〜 2 時 間 未 満	2 〜 3 時 間 未 満	3 〜 4 時 間 未 満	4 時 間 以 上
散歩などでゆっくり歩く	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ウォーキングなど早足で歩く	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ゴルフ・ゲートボール・庭いじりなどの 軽・中程度の運動	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
テニス・ジョギング・エアロビクス・ 水泳などの激しい運動	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○●○● 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、ここ1年の間にあなたに「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を感じたか(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 ここ半年の間に	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、 <u>あなたの現在のお気持ちにもっとも近いもの</u> <u>を選んでください。</u> わたしは、	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
(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感じている	<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

○●○○● 現在の日常生活についてうかがいます ●○○●○

過去1年間についておたずねします。

春秋は、週に何日入浴しますか？シャワーのみも含みます。				
<input type="radio"/> ほとんど入らない	<input type="radio"/> 週1~2日	<input type="radio"/> 週3~4日	<input type="radio"/> ほとんど毎日	
そのうちで、湯ぶねにつかる頻度はどれくらいですか？				
<input type="radio"/> ほとんど入らない	<input type="radio"/> 週1~2日	<input type="radio"/> 週3~4日	<input type="radio"/> ほとんど毎日	
ふだん、お湯の温度はどれくらいですか？				
<input type="radio"/> ぬるめ	<input type="radio"/> ふつう	<input type="radio"/> あつめ		

便通はどのくらいの頻度でありますか？				
<input type="radio"/> 週に 3回未満	<input type="radio"/> 週に 3~4回	<input type="radio"/> 週に 5~6回	<input type="radio"/> 毎日 1回	<input type="radio"/> 毎日 2回以上

ふだんの大便の状態は？					
<input type="radio"/> 下痢便	<input type="radio"/> 軟便	<input type="radio"/> 普通の便	<input type="radio"/> 硬い便	<input type="radio"/> 特に硬い便	<input type="radio"/> 下痢と便秘を繰り返す

睡眠は通常どのくらいとっていますか？					
<input type="radio"/> 5時間以下	<input type="radio"/> 6時間	<input type="radio"/> 7時間	<input type="radio"/> 8時間	<input type="radio"/> 9時間	<input type="radio"/> 10時間以上

通常、何時ごろ寝つきますか？				
<input type="radio"/> 19時より前	<input type="radio"/> 20時	<input type="radio"/> 21時	<input type="radio"/> 22時	<input type="radio"/> 23時
<input type="radio"/> 0時	<input type="radio"/> 1時	<input type="radio"/> 2時	<input type="radio"/> 3時	<input type="radio"/> 4時以降

あなたの毎日の生活は規則正しいですか？	<input type="radio"/> 規則正しい	<input type="radio"/> 不規則である
---------------------	-----------------------------	------------------------------

ふだんから健康に気をつけて何か心がけていることはありますか？		
<input type="radio"/> たくさんある	<input type="radio"/> 多少ある	<input type="radio"/> 心がけているができていない
<input type="radio"/> あまり気にしないようにしている	<input type="radio"/> 興味がない	

○●○● 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"/> 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
<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	
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 ● ● ●

全員の方にうかがいます。

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、つっぱった感じ、ざわざわする感じ、感覚がないなどの症状がありましたか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにあった

少しあった

なかった

<「おおいに/少しあった」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

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある

少しある

ない

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。

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症状がありましたか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにあった

少しあった

なかった

<痛みが「おおいに/少しあった」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)

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

現在、上記の痛みはありますか？

おおいにある

少しある

ない

記入不可



引き続き、乳房全摘出手術を受けた方にうかがいます。

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）がありましたか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにあった

少しあった

なかった

<不快感が「おおいに/少しあった」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）

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？

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

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある

少しある

ない

ここからは、全員の方にうかがいます。

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したか？あてはまるもの1つにマークしてください。

同じように動かせた

少し動かしづらかった

かなり動かしづらかった

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したか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにあった

少しあった

なかった

<上記2問で、「少し/かなり動かしづらかった」または痛みが「おおいに/少しあった」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）

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、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？

○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

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？

○ 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

現在、腕や肩を動かすときに、手術した側の胸やわき、腕、背中、肩、首などに痛みはありますか？

○ おおいにある ○ 少しある ○ ない

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したか？
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>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）

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、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

現在、お答えいただいた痛みや苦痛はありますか？

○ おおいにある ○ 少しある ○ ない

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 ない

<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（いますか）？（ ）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（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？



現在、上記の痛みや苦痛はありますか？

- おおいにある 少しある ない

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

○●○● 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 ○

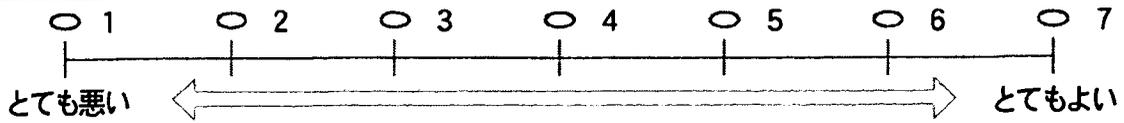
記入不可 ● ●

以下の質問にあまり深く考えずに教えてください。
 回答は3つの中から1つ選びマークしてください。

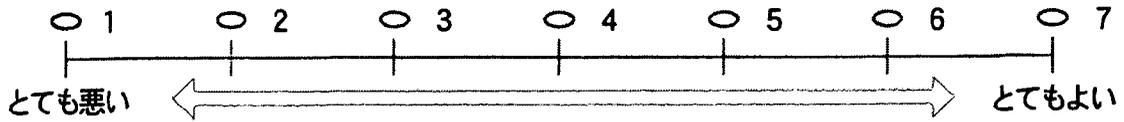
質 問 内 容	な い	時 々 あ る	よ く あ る
1. 急に息苦しくなる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 動悸が気になる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. めまいを感じることもある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 胸が痛くなることもある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 好きなものでも食べる気がしない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 寝つきが悪く、なかなか眠れない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 体がだるく、なかなか疲れがとれない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 肩がこったり、首すじがはることもある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 背中や腰が痛くなることもある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 目が疲れやすい。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. なにかするとすぐ疲れる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 頭がスッキリしない(頭が重い)。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 何か仕事をするときは、自信をもってできない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 何かするとき、うまくいかないのではないかと不安になる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 物事を積極的にこなせない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 何かをきめるときは、迷って決定できない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 環境の変化をのりきって仕事を進めていけるか不安になる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 職務の重さに圧力を感じる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 人を信じられないことがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. どこでも、気心があわない人がいて困ることがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. 私の努力を正当に評価してくれる人が欲しいと思う。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ちょっとしたことでも腹がたったりいらいらすることがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. 将来に希望が持てないことがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 不機嫌になることがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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？



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

記入不可 ● ●

○●○○● 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"/>								
社会福祉制度（保険など）について相談したい	<input type="checkbox"/>								
心配事を聞いてほしい	<input type="checkbox"/>								
支えになってほしい	<input type="checkbox"/>								
その他（ ）	<input type="checkbox"/>								

〇〇病院
〇〇〇〇先生

2008年 月 日
CSPOR・疫学データセンター
FAX::03-5298-8536
TEL::03-3254-8029
オペレーター：***

乳がん患者の多目的コホート研究06 (生活習慣や代替療法に関する質問票)

登録票受領確認書

平素は乳がん患者の多目的コホート研究06にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
お送りいただきました対象者登録票を拝受いたしました。
ありがとうございました。
今後ともよろしく願い申し上げます。

施設・科名：	〇〇病院 □□科
担当医師名：	〇〇先生
N-SAS BC06被験者識別コード：	□□□□□□□□
N-SAS BC06登録番号：	〇〇〇-〇〇〇
コホート質問票番号：	〇〇〇〇
受領日：	2008年 月 日