

### 3. 研究の方法

この研究は、あなたが参加する GSPOR (財団法人ブリックヘルスリサーチセンターがん臨床研究支援事業) の臨床試験 (N-SAS BC05: 閉経後乳がんの術後内分泌療法5年終了患者に対する治療終了とアナストロゾール5年延長のランダム比較試験) との共同研究です。臨床試験に参加する方全員に、この研究へのご協力をお願いしています。研究期間は臨床試験と同じ10年間を予定しています。

### 4. あなたにお願いすること

この研究の期間は10年間ですが、あなたに実際にお願いしたいことは、臨床試験に参加するときに1度だけ、「生活習慣や代替療法に関する質問票」に回答していただくことです。

質問票は、ご自宅などでお時間があるときに回答してください。多くの質問が盛り込まれているため、回答には1時間程度かかると思いますが、しかし、お母ねする質問はわずか、生活習慣や代替療法利用の実態を知るために最低限必要な情報です。また、これまでの研究によって、無駄な項目はなく、優れた質問票であることが確かめられています。研究の趣旨をご理解いただき、ぜひご協力くださいますようお願いいたします。

なお、この研究では、ご協力に対する謝礼として図書カード(1000円分)をご用意させていただきます。また、食品の摂取状況についておひとりずつ分析した結果を返却させていただきますので、あなたご自身の食生活の維持や改善への情報として、役立てていただくと考えています。

### 5. 研究に参加されなくても、治療上の不利益をこうむることはありません

研究への参加は、あなたご自身が決めることであり、あなたご自身の自由です。研究への参加を拒否したら担当医師に悪いのではないだろうか、適切な治療が行われなくなるのではないだろうか、臨床試験に支障がでるのではないだろうかといった心配をされる方もいらっしゃいますが、決してそんなことはありません。たとえ研究への参加に同意しない場合でも、あなたの治療や看護の内容が変わるようなことはありません。あなたがゆっくりお考えになり、必要があればご家族とも話し合った上で自由にお決めいただいてもかまいません。

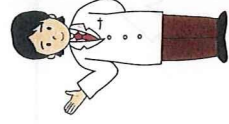
### 6. 研究の参加への同意について

質問票に回答し、データセンターに郵送返却していただくことで、あなたが研究参加に同意してくださったことの意思表示の確認とさせていただきます。同意書などはありませんので、お名前やご連絡先を記入していただく必要はありません。

また、質問票に回答し、質問票を郵送返却した後でも、研究への参加をやめたいと思われた場合はいつでもやめることができます。担当医師にご連絡いただければ、データセンターが責任をもってデータを破棄します。

### 7. あなたのプライバシーを守ります

質問票には、あなたのお名前やご連絡先などの個人情報を入力する箇所は一切含まれていません。この研究に必要な臨床情報やその後の健康状態に関する情報は、共同研究である臨床試験で集められた情報の一部を使わせていただきます。情報の照合には研究に固有の番号を用い、データセンターが照合を行います。そのため、回答いただいた内容から個



人が特定されることはありませんし、直接データセンターに郵送されるので、内容を担当医師に知られることもありません。この研究ではあなたのプライバシーを守るために細心の注意を払います。

最終的な研究結果は、学術雑誌や学会にて公表し、乳がん患者さんの支援や医学の発展に役立てていく予定ですが、公表する際にあなたのお名前や個人を特定できるような情報が使用されることはありません。また、ご希望の場合には、担当医師を通してご連絡いただければ、あなたにもその結果をお知らせします。

### 8. 倫理審査委員会の承認を受けました

この研究は、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守して行います。また、研究に参加するすべての医療機関で倫理審査委員会の審査を受け、この研究に参加するみなさんの不利益にならないかということや、目的や方法が科学的に妥当であるか、結果として医学の発展に役立つ情報が得られるかなどが確認され、承認を受けました。

### 9. 研究の責任者とお問い合わせ先

この研究は、国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部が研究事務局を担当し、「乳がん患者の多目的コホート研究実行委員会」を組織して運営にあたっています。研究責任者は、山本精一郎(国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部)です。また、この研究は、厚生労働省から研究助成を受けて実施されます(平成19年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床総合戦略研究事業(研究代表者:山本精一郎))。

この研究に関するより詳しい説明をご覧になりたい方は、CSPORホームページ(<http://www.csp.or.jp/network/cohort>)をご参照いただくか、下記までご連絡ください。また、ご不明な点や疑問、不安があるときなども、コールセンターにいつでもお気軽にご連絡ください。

## コールセンター コホート05 担当

NPO 法人日本臨床研究支援ユニット (J-CRSU) 内

電話: 0120-717-411, 0120-711-595

受付時間: 平日 10時~17時 (祝祭日、年末年始を除く)

住所: 〒113-0034 東京都文京区湯島 1-9-5 御茶ノ水川柳ビル 5階



この研究についてご理解のうえ、ご協力いただける場合は、質問票にご回答いただき、返信用封筒にてご郵送ください。なるべく、2週間以内にご返函くださいますようお願いいたします。

ぜひとも研究にご協力いただけますようよろしくお願い申し上げます。

(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

## 対象者登録票

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いた  
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 BC05 被験者識別コード :  
(施設内で設定)N-SAS BC05 登録番号 :  
(発行済みの場合はご記入ください)

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

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  
力のお願い」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け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



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、  すっている  やめた  すわない

何歳からすい始めましたか?  何歳からすい始めましたか?

20歳

何歳の時たばこをやめましたか?  何歳の時たばこをやめましたか?

歳  歳

○○●● たばこやお酒についてうかがいます ●○○○

生まれてからこれまでに、合計して少なくとも100本以上のたばこをすっていますか?

はい  いいえ

現在たばこをすっていますか?

すっている  やめた  すわない

何歳の時たばこをやめましたか?

歳

何歳からすい始めましたか?

歳

1日何本すいますか? 1日何本すっていますか?

本

たばこをやめたいと思いますか? (1つにマークしてください)

- 思う
- 本数を減らしたい
- 思わない

たばこをやめたのはなぜですか? (いくつでもマークしてください)

- 健康を害したから
- 自分の将来の健康に良くないから
- 周りの人の迷惑になるから
- すえる場所が少なくなったから
- 経済的な理由から
- その他

たばこをすわないのはなぜですか? (いくつでもマークしてください)

- もともと体が弱いから
- 自分の体質にあわないから
- 自分の将来の健康に良くないから
- 周りの人の迷惑になるから
- 経済的な理由から
- その他

家庭や職場やお店などで、他人のたばこの煙をすう機会（1日1時間以上）はどのくらいありましたか?

10歳のころ	<input type="radio"/> ほとんどない	<input type="radio"/> 月1~3日	<input type="radio"/> 週1~4日	<input type="radio"/> ほとんど毎日
30歳のころ	<input type="radio"/> ほとんどない	<input type="radio"/> 月1~3日	<input type="radio"/> 週1~4日	<input type="radio"/> ほとんど毎日
現在	<input type="radio"/> ほとんどない	<input type="radio"/> 月1~3日	<input type="radio"/> 週1~4日	<input type="radio"/> ほとんど毎日

お酒には強いと思いますか？

- 強い方
- ふつう
- 弱い方
- わからない

お酒を飲むと、すぐに顔が赤くなりますか？

- なる
- どちらかというとなる
- ならない
- わからない

お酒を飲みますか？

- 飲む
- やめた
- 飲まない

何歳の時お酒をやめましたか？

□ 歳

お酒を飲むのはなぜですか？  
(1つマークしてください)

- 好きだから
- つきあいで

お酒をやめたのはなぜですか？  
(いくつでもマークしてください)

- 健康を害したから
- 自分の体質にあわなかったから
- 自分の将来の健康に良くないから
- 飲酒の機会が減ったから
- 経済的な理由から
- その他 ( )

お酒を飲まないのはなぜですか？  
(いくつでもマークしてください)

- もともと体が弱いから
- 自分の体質にあわれないから
- 自分の将来の健康に良くないから
- 飲酒の機会がないから
- 経済的な理由から
- その他 ( )

次の頁の質問へ

どのくらいの頻度で飲みますか？ (やめた方は飲んでいない頃のことを書いてください)

- 月に1回未満
- 月に1~3日
- 月に1~2日
- 月に3~4日
- 月に5~6日
- 毎日飲む

1日に飲む、もつとも普通の組み合わせを選んでください。

(例) ふだんビールを大ビン1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら、「ビール」のところの「1本」と、「日本酒」のところの「2合」をぬりつぶし、「焼酎・泡盛」「ウイスキー」「ワイン」のところは「飲まない」をぬりつぶす。

日本酒 1合 (180ml) で

- 飲まない
- 0.5合未満
- 1合
- 2合
- 3合
- 4合
- 5~6合
- 7合以上

焼酎・泡盛 原液1合 (180ml) で (チューハイ350ml缶1本を0.7合と換算してください)

- 飲まない
- 0.5合未満
- 1合
- 2合
- 3合
- 4合
- 5~6合
- 7合以上

ビール 大ビン (633ml) で (中ビン又は500ml缶を0.8本、小ビン又は350ml缶を0.6本と換算してください)

- 飲まない
- 0.5本未満
- 1本
- 2本
- 3本
- 4本
- 5~6本
- 7本以上

ウイスキー シングル (30ml) で

- 飲まない
- 0.5杯未満
- 1杯
- 2杯
- 3杯
- 4杯
- 5~6杯
- 7杯以上

ワイン グラス (100ml) で

- 飲まない
- 0.5杯未満
- 1杯
- 2杯
- 3杯
- 4杯
- 5~6杯
- 7杯以上

その他 ( )  0.5杯未満  1杯  2杯  3杯  4杯  5~6杯  7杯以上

### 〇〇〇 食生活に関する質問 ●〇〇〇

ここからしばらく、食事についての質問が続きます。  
過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を答えてください。  
質問の数も多く、たいへんとは思いますが、ぜひ最後まで記入してください。  
お願いいたします。

「ごはん (米飯)」についておたずねします。

どのくらいの大きさの茶碗で食べますか？

- 小さな茶碗
- 普通の茶碗 (女性用)
- 普通の茶碗 (男性用)
- どんぶり

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯食べますか？

- 1杯未満
- 1杯
- 2杯
- 3杯
- 4杯
- 5杯
- 6杯
- 7~9杯
- 10杯以上

「ビタミン強化米」を食べていますか？

- いいえ
- まれに食べる
- ときどき食べる
- よく食べる
- いつも食べている

「麦」をまぜますか？

- まぜない
- まれにまぜる
- ときどきまぜる
- よくまぜる
- いつもまぜる

「あわ・ひえ」をまぜますか？

- まぜない
- まれにまぜる
- ときどきまぜる
- よくまぜる
- いつもまぜる

「みそ汁」についておたずねします。

どのくらいの頻度で飲みますか？

- ほとんど飲まない
- 月に1~3日
- 月に1~2日
- 月に3~4日
- 月に5~6日
- 毎日飲む

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯飲みますか？

- 1杯未満
- 1杯
- 2杯
- 3杯
- 4杯
- 5杯
- 6杯
- 7~9杯
- 10杯以上

どのような味付けですか？

- かなりうすめ
- ややうすめ
- ふつう
- ややこいめ
- かなりこいめ

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

記入例

もし、あなたが「牛のステーキ」を月に2回くらい食べ、1回に食べる量が「1枚の半分」くらいであれば、次のように記入してください。

食品名	1回あたりの目分量										目分量より多い(倍以上)	目分量と同じ	目分量より少ない(半分以下)
	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上				
牛肉 ステーキ (焼き肉など)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

あなたが「牛のステーキ」をほとんど食べない(月1回未満)なら、次のように記入してください。

食品名	1回あたりの目分量										目分量より多い(倍以上)	目分量と同じ	目分量より少ない(半分以下)
	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上				
牛肉 ステーキ (焼き肉など)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

「目分量」のところには何も記入しなくて構いません。

ここから回答を始めてください。

食品名	1回あたりの目分量										目分量より多い(倍以上)	目分量と同じ	目分量より少ない(半分以下)
	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上				
牛肉 ステーキ (焼き肉など)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
焼め物 (野菜炒めなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
煮込み (カレー・シチューなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
揚げ物 (とんかつなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
煮込み (カレー・シチューなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
煮物 (角煮)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
汁物 (豚汁)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レバー (レバー炒めなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食品名	1回あたりの目分量										目分量より多い(倍以上)	目分量と同じ	目分量より少ない(半分以下)
	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上				
鶏肉 焼き物 (やきとりなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
炒め物 (野菜炒めなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
煮物	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
揚げ物 (からあげなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レバー (やきとりなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ロースハム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ウィンナー・ソーセージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ベーコン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
牛乳 低脂肪乳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
普通乳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
卵	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
チーズ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヨーグルト	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
塩たら・塩さけ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ひもの(あじ開きほしなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
まぐろ缶詰(シーチキンフレーク)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
さけ・ます	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
かつお・まぐろ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ぶり・はまち	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
たら・かれい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
たい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
あじ・いわし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
さんま・さば	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
しらすほし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
たらこ・すじこ・いくら	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
うなぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
いか	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
たこ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
えび	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
あざり・しじみ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ちくわ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
かまぼこ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
さつまあげ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

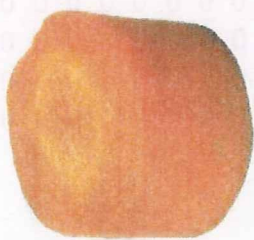
記入不可

野菜の目安量 (実物大)

1回に食べる量が写真と同じくなら『同じ』をぬりつぶしてください。  
写真より多ければ(1.5倍以上)『多い』を、少なければ(半分以下)『少ない』をぬりつぶしてください。

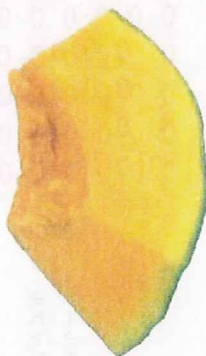
(イ) にんじん

4分の1本 (50g位)



(ハ) かぼちゃ

4~5cm 角切り1個 (40g位)



(ロ) ほうれんそう

2かぶ (50g位)



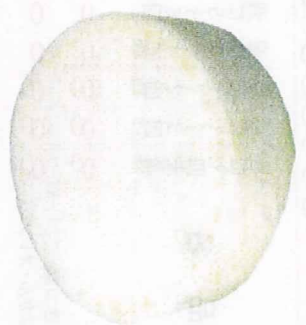
(ニ) キャベツ

中葉2分の1枚 (30g位)



(ホ) だいこん

2cm 輪切り1個 (80g位)



つぎの野菜は左のページ写真を参考にして、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満							1回あたりの目安量	目安量より少ない(半分以下)		目安量より多い(3倍以上)	
	月に1回	週に1回	週に2回	週に3回	週に4回	週に5回	毎日1回		毎日2回	毎日3回	毎日4回	毎日5回以上
にんじん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(イ) 参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほうれんそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(ロ) 参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
かぼちゃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(ハ) 参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
キャベツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(ニ) 参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だいこん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(ホ) 参照	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

つぎの野菜は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満							1回あたりの目安量	目安量より少ない(半分以下)		目安量より多い(3倍以上)	
	月に1回	週に1回	週に2回	週に3回	週に4回	週に5回	毎日1回		毎日2回	毎日3回	毎日4回	毎日5回以上
漬物 たくわん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3きれ(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緑の葉のつけもの (野沢菜・高菜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うめぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中1個(8g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
はくさい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
きゅうり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
かぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	漬物小皿1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ピーマン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1個(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トマト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
長ねぎ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4分の1本(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
青ねぎ・わけぎ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大さじ1杯(6g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
にら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2かぶ(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しゅんぎく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3分の1束(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
こまつな	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1かぶ(20g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
プロッコリー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3房(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
たまねぎ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4分の1個(50g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
きゅうり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3分の1本(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1個(60g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
はくさい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中葉3分の1枚(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ごぼう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4分の1本(40g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
もやし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4分の1袋(25g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
さいいんげん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6さや(30g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
レタス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中葉1枚(10g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
グリーンアスパラガス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1本(15g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
にんにく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2分の1かけ(2g位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記入不可

つぎの果物は、でまわっている季節に食べる頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上	1回あたりの目安量		目安量より		
										少ない(半分以下)	多い(倍以上)	少ない(半分以下)	多い(倍以上)	
みかん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2個(140g位)	0	0	0	0
その他かんきつ類 (はっさく・いぼかん・オレンジ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(75g位)	0	0	0	0
りんご	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(85g位)	0	0	0	0
かき	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(80g位)	0	0	0	0
いちご	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5粒(75g位)	0	0	0	0
ぶどう	0	0	0	0	0	0	0	0	0	大粒10個(100g位)	0	0	0	0
メロン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	プリンスメロンとして 4分の1個(60g位)	0	0	0	0
すいか	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8分の1個(120g位)	0	0	0	0
もも	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(65g位)	0	0	0	0
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(80g位)	0	0	0	0
キウイフルーツ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1個(50g位)	0	0	0	0
パイナップル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8分の1個(130g位)	0	0	0	0
バナナ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1本(75g位)	0	0	0	0

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

パン類(菓子パンも含む)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6枚切り1枚(60g位)	0	0	0	0
うどん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	どんぶり1杯(250g位)	0	0	0	0
そば	0	0	0	0	0	0	0	0	0	どんぶり1杯(200g位)	0	0	0	0
ラーメン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	どんぶり1杯(220g位)	0	0	0	0
スパゲティ・マカロニ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1皿分(250g)	0	0	0	0
そうめん・ひやむぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1人前(200g)	0	0	0	0
もち	0	0	0	0	0	0	0	0	0	市販もち1個(50g位)	0	0	0	0
和菓子(だいふく・まんじゅう)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1個(70g位)	0	0	0	0
ケーキ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小ショートケーキ1きれ(70g位)	0	0	0	0
ビスケット・クッキー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	クッキー2枚(25g位)	0	0	0	0
チョコレート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	板チョコレート1/2枚(25g位)	0	0	0	0
アイスクリーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	カップ入り1個分(80g位)	0	0	0	0
スナック菓子(ポテトチップスなど)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4分の1袋(25g位)	0	0	0	0
せんべい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1枚(15g位)	0	0	0	0
ごま	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小さじ4分の1(0.5g位)	0	0	0	0
ピーナッツ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ピーナッツ20粒(20g位)	0	0	0	0

過去1年間の食事を思い出して、平均的な頻度や量を記入してください。

食品名	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上	1回あたりの目安量		目安量より		
										少ない(半分以下)	多い(倍以上)	少ない(半分以下)	多い(倍以上)	
とうふ(みそ汁の具)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	角切り5個(20g位)	0	0	0	0
とうふ(湯豆腐・冷や奴など)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4分の1丁(75g位)	0	0	0	0
高野豆腐・しみとうふ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1枚(60g位)	0	0	0	0
生揚げ・厚揚げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2分の1枚(60g位)	0	0	0	0
あぶらあげ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	みそ汁1杯分(2g位)	0	0	0	0
なっとう	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小1カップ(50g位)	0	0	0	0
さつまいも	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6分の1個(40g位)	0	0	0	0
じゃがいも	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3分の1個(50g位)	0	0	0	0
さといも	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1個(30g位)	0	0	0	0
やまいも・ながいも	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8分の1本(50g位)	0	0	0	0
こんにやく・しらたき	0	0	0	0	0	0	0	0	0	おでん2個位(50g位)	0	0	0	0
しいたけ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1枚(20g位)	0	0	0	0
えのきだけ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4分の1株(20g位)	0	0	0	0
しめじ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4分の1株(20g位)	0	0	0	0
わかめ・こんぶ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小鉢1杯分(20g位)	0	0	0	0
ひじき	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小鉢1杯分(20g位)	0	0	0	0
のり(焼きのり・味付けのり)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	味付けのり5枚(2g位)	0	0	0	0

食卓でつかう平均的な頻度や量を記入してください。

パンにつけるバター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	食パン1枚にぬる程度(8g位)	0	0	0	0
パンにつけるマーガリン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	食パン1枚にぬる程度(8g位)	0	0	0	0
パンにつける ジャム・マーマレード	0	0	0	0	0	0	0	0	0	食パン1枚にぬる程度(8g位)	0	0	0	0
ドレッシング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	大さじ1杯(10g位)	0	0	0	0
マヨネーズ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	大さじ2分の1杯(7g位)	0	0	0	0
ソース	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小さじ1杯(5g位)	0	0	0	0
ケチャップ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小さじ1杯(5g位)	0	0	0	0
からし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小さじ4分の1(1g位)	0	0	0	0
わさび	0	0	0	0	0	0	0	0	0	小さじ4分の1(1g位)	0	0	0	0

過去1年間の食事を思い出して記入してください。

次の飲み物は、どのくらいの頻度で飲みますか？

飲料名	週に1回未満		週に1~2回		週に3~4回		週に5~6回		毎日1杯		毎日2~3杯		毎日4~6杯		毎日7~9杯		毎日10杯以上	
	週に1回未満	週に2回	週に3回	週に4回	週に5回	週に6回	毎日1杯	毎日2杯	毎日3杯	毎日4杯	毎日5杯	毎日6杯	毎日7杯	毎日8杯	毎日9杯	毎日10杯		
日本茶 (葉から入れたもの)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日本茶 (缶・ペットボトル)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウーロン茶 (葉から入れたもの)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウーロン茶 (缶・ペットボトル)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紅茶 (葉から入れたもの)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紅茶 (缶・ペットボトル)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コーヒー (豆から入れたもの)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コーヒー (インスタント)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コーヒー (缶・ペットボトル)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トマトジュース	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
野菜ジュース	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果汁100%オレンジジュース	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果汁100%りんごジュース	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果汁100%グレープフルーツジュース	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果汁飲料 (100%でないジュース)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
炭酸飲料	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豆乳	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳酸菌飲料 (ヤクルトなど)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲料水 (水道水・井戸水)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲料水 (市販・浄水器)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

紅茶やコーヒーを飲む人は、砂糖やミルクを入れますか？

紅茶 砂糖 ミルク	入れない						入れる		
	半分	スプーン1杯	スプーン2杯	スプーン3杯	スプーン4杯	スプーン5杯以上	スプーン1杯	スプーン2杯	スプーン3杯以上
紅茶	<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"/>
コーヒー	<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"/>

今までにあがってきた以外の食物と飲物で、最近1年以内に週1回以上食べている(飲んでる)物があれば、その名前と、頻度を答えてください。

食品名 飲料名	週に1~2回		週に3~4回		週に5~6回		週に7~9回		毎日10回以上	
	週に1回	週に2回	週に3回	週に4回	週に5回	週に6回	週に7回	週に8回	週に9回	毎日10回以上
	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「朝食」は、どのくらいの頻度で食べますか？

<input type="checkbox"/>	月に1回未満	<input type="checkbox"/>	月に1~3回	<input type="checkbox"/>	週に1~2回	<input type="checkbox"/>	週に3~4回	<input type="checkbox"/>	週に5~6回	<input type="checkbox"/>	毎日食べる
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

「夕食」は、どのくらいの頻度で食べますか？(店で買った弁当やおにぎりは、外食に数える)

<input type="checkbox"/>	月に1回未満	<input type="checkbox"/>	月に1~3回	<input type="checkbox"/>	週に1~2回	<input type="checkbox"/>	週に3~4回	<input type="checkbox"/>	週に5~6回	<input type="checkbox"/>	毎日食べる
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

「インスタント食品」は、どれくらいの頻度で食べますか？(ラーメン・カップ麺・レトルト食品など)

<input type="checkbox"/>	月に1回未満	<input type="checkbox"/>	月に1~3回	<input type="checkbox"/>	週に1~2回	<input type="checkbox"/>	週に3~4回	<input type="checkbox"/>	週に5~6回	<input type="checkbox"/>	毎日食べる
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

油をつかった「炒め物(野菜炒めなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

<input type="checkbox"/>	月に1回未満	<input type="checkbox"/>	月に1~3回	<input type="checkbox"/>	週に1~2回	<input type="checkbox"/>	週に3~4回	<input type="checkbox"/>	週に5~6回	<input type="checkbox"/>	毎日食べる
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

油をつかった「揚げ物(フライ・てんぷらなど)」は、どれくらいの頻度で食べますか？

<input type="checkbox"/>	月に1回未満	<input type="checkbox"/>	月に1~3回	<input type="checkbox"/>	週に1~2回	<input type="checkbox"/>	週に3~4回	<input type="checkbox"/>	週に5~6回	<input type="checkbox"/>	毎日食べる
--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

肉のあぶら身をどれくらい食べますか？

<input type="checkbox"/>	ほとんど食べない	<input type="checkbox"/>	3分の1くらい食べる	<input type="checkbox"/>	半分くらい食べる	<input type="checkbox"/>	3分の2くらい食べる	<input type="checkbox"/>	ほとんど全部食べる
--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

ラーメン・うどん・そばの汁をどれくらい飲みますか？

<input type="checkbox"/>	ほとんど飲まない	<input type="checkbox"/>	3分の1くらい飲む	<input type="checkbox"/>	半分くらい飲む	<input type="checkbox"/>	3分の2くらい飲む	<input type="checkbox"/>	ほとんど全部飲む
--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------

記入不可



食卓で料理に、塩をふる習慣がありますか？

ない  まれにかける  ときどきかける  たいいかけ  いつもかける

食卓で料理に、しょうゆをかける習慣がありますか？

ない  まれにかける  ときどきかける  たいいかけ  いつもかける

一番よくつかう油を選んで1つだけマークしてください。

サラダ油 (調合油)  サフラワー油 (べに花油)  コーン油  大豆油  なたね油・キャノーラ油

オリーブ油  その他

過去1年間について記入してください。

もっとも多い調理方法を1つだけマークしてください。

肉類は？	なま	煮る	焼く	揚げる	炒める	その他
魚介類は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
野菜類は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ステーキ・焼き肉は、どのような焼き具合で食べることが最も多いですか？

なまに近い状態 (レア)  ややなまに近い状態 (ミディアム)  ややよく焼けた状態 (ウェルダン)  よく焼けた状態 (ウェルダン)

「焼き魚」は、どのくらいの頻度で食べますか？

月に1回未満  月に1~3回  月に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

「焼き魚」を食べるときに、焦げた部分を食べますか？

ほとんど食べない  3分の1くらい食べる  3分の2くらい食べる  ほとんど全部食べる

料理の好みについて、いずれかにマークしてください。

「こってり」とした料理は？	好き	普通	嫌い
「辛い味」の料理は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
「塩加減の濃い味」の料理は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
「すっぱい味」の料理は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
お菓子などの甘い物は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
熱い食べ物や飲み物は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

●●●● 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	なかつた		1時間以上		3時間以上		5時間以上		7時間以上		9時間以上		11時間以上	
	1時間未満	0	3時間未満	0	5時間未満	0	7時間未満	0	9時間未満	0	11時間未満	0	11時間以上	0
通勤、仕事、家事などで座っている時間	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
通勤、仕事、家事などで立っている時間	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
通勤、仕事、家事などで歩いている時間	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
力のある作業をしている時間	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	月に3~4回	ほぼ毎日	30分未満	30分~59分	1時間未満	1時間以上
散歩などでゆっくり歩く	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ウォーキングなど早足で歩く	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ゴルフ・ゲートボール・庭いじりなどの軽・中程度の運動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
テニス・ジョキング・エアロビクス・水泳などの激しい運動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

以下の食品をどのくらい食べていましたか?

	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上
ごはん	<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"/>
牛肉	<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"/>
豚肉	<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"/>
鶏肉	<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"/>
魚(刺身、焼き魚、煮魚)	<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"/>
牛乳・乳製品	<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"/>
とうふ	<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"/>
なっとう	<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"/>
みそ汁	<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"/>
緑黄色野菜	<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"/>
果物	<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"/>

「朝食」は、どのくらいの頻度で食べていましたか?

月に1回未満  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

朝食はパン食と米食のどちらでしたか?

パン食  米食

学校の授業以外で身体を動かしていましたか?

頻度	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1回あたりの時間	30分未満	30分~59分	1時間未満	2時間未満	3時間未満	4時間以上
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

体格はどうでしたか?

やせ気味  普通  太り気味

以下の食品をどのくらい食べていましたか?

	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日1回	毎日2~3回	毎日4~6回	毎日7回以上
ごはん	<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"/>
牛肉	<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"/>
豚肉	<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"/>
鶏肉	<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"/>
魚(刺身、焼き魚、煮魚)	<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"/>
牛乳・乳製品	<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"/>
とうふ	<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"/>
なっとう	<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"/>
みそ汁	<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"/>
緑黄色野菜	<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"/>
果物	<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"/>

「朝食」は、どのくらいの頻度で食べていましたか?

月に1回未満  月に1~3回  週に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べる

朝食はパン食と米食のどちらでしたか?

パン食  米食

学校の授業以外で身体を動かしていましたか?

頻度	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1回あたりの時間	30分未満	30分~59分	1時間未満	2時間未満	3時間未満	4時間以上
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

体格はどうでしたか?

やせ気味  普通  太り気味

○●○○● 代替療法についてうかがいます ●○○○

健康補助食品やサプリメントなど、健康のために経口摂取するものについてうかがいます。ただし、病院から処方される薬剤は含めません。下の具体例を参考にしてください。

健康補助食品やサプリメントなどの具体例

- A. 漢方薬(医師の処方による保険適用のものは含まない)
- B. 健康補助食品
  - アガリクス、プロポリス、ベータグルカン、スピルリナ、青汁、クロレラ、イチョウ葉エキス、冬虫夏草、ゲルマニウム-132、SOD強化食品 など
- C. ビタミン剤、ミネラル剤、サプリメント
  - 総合ビタミン (アリナミンA等)、ビタミンB (チョコラBB等)、ビタミンC (ハイシー等)、ビタミンE (ユベラックス等)、カルシウム、鉄、インフラボンなど

健康補助食品やサプリメントに興味はありますか。1つだけにマークしてください。

おおいいある  少しある  ない

健康補助食品やサプリメントを使用しましたことがありますか。1つだけにマークしてください。

ある  ない

健康補助食品やサプリメントなどを「使用したことがある」と答えた方のみお答えください。

あなたが使用した健康補助食品やサプリメントなどについて、以下の質問にお答えください。4～8番は自由記載です。商品名が分からない場合は、上記の具体例を参考にしてください。

番号	商品名	会社名	使用頻度 (1つだけマーク)					
			週に 1～2回	週に 3～4回	週に 5～6回	毎日 1回	毎日 2～3回	毎日 4回以上
1	プロポリス		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	アガリクス		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	インフラボン		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

右のページへ続きます ▶

「始めた理由」の選択肢

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

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. 健康補助食品やサプリメントなど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. 費用がかかると
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補助食品やサプリメントなど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 (年 月)	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 (円/月)	現在も続けていますか (どちらか一つにマーク)		<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	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	年 月	<input type="radio"/>	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

記入不可

次に健康法やその他の代替療法についてうかがいます。ただし、前のページでお答えいただいた健康補助食品やサプリメントなどは含まれません。下の具体例を参考にしてください。

健康法やその他の代替療法の具体例

- D. 鍼(はり)
- E. 灸
- F. その他
  - マッサージ、アロマセラピー、ホメオパシー、ヨガ、イメージ療法、瞑想、催眠療法、
  - 菜食療法、温泉療法、アーユルヴェーダ、免疫監視療法、オゾン療法、尿療法、尿療法、ゲルソン療法など

具体例にあるような健康法やその他の代替療法に興味はありますか。1つだけマークしてください。

おおいにある  少しある  ない

具体例にあるような健康法やその他の代替療法を行ったことがありますか。1つだけマークしてください。

ある  ない



以下の質問には、健康法やその他の代替療法を「行ったことがある」と答えた方のお答えください。

あなたが行った健康法やその他の代替療法について、以下の質問にお答えください。4～8番は自由記載です。健康法名または療法名が分からない場合は、具体例を参考にしてください。

番号	健康法名または療法名	施設名など	行っている頻度(1つだけマーク)					
			週に1～2回	週に3～4回	週に5～6回	毎日1回	毎日2～3回	毎日4回以上
1	ヨガ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	鍼(はり)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	マッサージ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

右のページへ続きます →

「始めた理由」の選択肢

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

1. 効果がなから
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	続けていた(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ヶ月にかかると (かかった) 平均費用		現在も続けていますか (どちらか一つにマーク)		<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)	
	年	ヶ月		円/月	円/月	継続	中止		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

記入不可

〇〇〇〇 ストレスについてうかがいます ●〇〇〇

乳がんになったことで、以下のようなできごとや状況が、ここ1年間にあなたに「あった(またはある)」「なかった(またはない)」「かを、どちらか1つをマークしてお答えください。

次に、「あった(またはある)」の場合は、そのこと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 ここ1年間に	できごとや状況の有無		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？)			
	なかった (ない)	あった (ある)	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 感じた (感じていない)
1. 仕事に困難が生じた	○	○	○	○	○	○
2. 経済面で困難が生じた	○	○	○	○	○	○
3. 社会活動や社会参加(節内 会活動、サークル活動、おけい ごとなど)の機会が減った	○	○	○	○	○	○
4. 家庭での役割(母親・妻など) に困難が生じた	○	○	○	○	○	○
5. 趣味やたのしみが減った	○	○	○	○	○	○
6. 家族との関係が悪化した	○	○	○	○	○	○
7. 友人との関係が悪化した	○	○	○	○	○	○
8. 再発など病気の悪化について の不安がある	○	○	○	○	○	○
9. 性生活に困難が生じた	○	○	○	○	○	○
10. 容顔や見た目が以前より も悪くなったと感じる	○	○	○	○	○	○
11. 医療や治療に対する不満 がある	○	○	○	○	○	○
12. 主治医など医療従事者との 関係に不満がある	○	○	○	○	○	○
13. 好きなものを好きになっ 食べられなくなった	○	○	○	○	○	○

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

記入不可

●●● 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ます。	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
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。				
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思っている	<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"/>

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つ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"/>	<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"/>
<input type="radio"/> その他( )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 誰もいない

記入不可

○●● あなたご自身のことについてうかがいます ●●○

現在の身長はどれくらいですか？ 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)   cm (小数点以下は四捨五入する)   kg

20歳の頃の体重はどれくらいでしたか？ (小数点以下は四捨五入する)   kg

身長が伸びるのが止まったのはいつ頃ですか？   歳頃

現在の結婚状況についてお聞きします。1つだけマークしてください。

結婚・再婚・内縁  離婚  別居  死別  未婚  その他 ( )

現在、どなたと一緒に住んでいますか？同居しているすべての人にマークしてください。

配偶者  子ども  配偶者の親  自分の親  その他  独り暮らし

世帯年収(税込み)はどのくらいですか。

0~99万円  100~299万円  300~599万円  600~899万円  900~1199万円  1200万円以上

学校教育はどのくらいまで受けられましたか？(専門学校は除きます)

1つだけマークしてください。

小学校  中学校  高校  短大卒・4年制大学退学  4年制大学卒  修士または博士課程以上  その他 ( )

最も長く従事している(していた)お仕事についてうかがいます。従業上の地位をおしえてください。

自営業主  常勤  非正規従業員・パートタイマー  専業主婦  無職

くお仕事されている(いた)方に>最も長く従事している(いた)お仕事の内容をおしえてください。

専門・技術職  管理職  事務職  営業販売職  サービス職  保安職  農林漁業職  運輸・通信職  生産・労務職  その他 ( )

乳がんの診断後、治療や健康面の問題に関連して、お仕事(専業主婦も含む)に変化がありましたか？

仕事を新たに始めた  仕事の量を増やした  変わらない  仕事の量を減らした  仕事を辞めた

現在のお仕事についてうかがいます。従業上の地位をおしえてください。

自営業主  常勤  非正規従業員・パートタイマー  専業主婦  無職

くお仕事されている方に>現在のお仕事の内容をおしえてください。

専門・技術職  管理職  事務職  営業販売職  サービス職  保安職  農林漁業職  運輸・通信職  生産・労務職  その他 ( )

現在、あなたにとって生きるうえででのたのしみや支えになっているものや、生き生きと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。

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

あなたの血液型をおしえてください。

A型  B型  AB型  O型  わからない

生理(月経)が始まったのは何歳の時でしたか。   歳

現在も生理(月経)はありますか。  ある  自然に閉経  手術などで閉経  歳  歳

生理(月経)の間隔は規則的ですか？閉経されている方は、閉経前の状態についてお答えください。

はい  いいえ

妊娠の経験はありますか。  ない  ある (   回、初めての妊娠は   歳の時)

出産の経験はありますか。  ない  ある (   回、初めての出産は   歳の時)

(出産の経験がある方のみ)お子さんに母乳(混合授乳を含む)をあげたことがありますか。

ない  ある(期間は、すべての子を合計して    ヶ月)

流産予防の目的で薬を飲んだことがありますか？

ない  ある  ある(期間は    ヶ月)

不妊治療の目的で薬(ホルモン剤など)を飲んだことがありますか？

ない  ある(期間は    ヶ月)

避妊の目的で薬(ホルモン剤など)を飲んだことがありますか？

ない  ある(期間は    ヶ月)

更年期障害のための薬(ホルモン剤など)を飲んだことがありますか？

ない  ある(期間は    ヶ月)

その他の目的(子宮内膜症の治療など)のための薬(ホルモン剤など)を飲んだことがありますか？

ない  ある(期間は    ヶ月)

記入不可

●●●● 毎日の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。

- ほとんど入らない  週1~2日  週3~4日  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？
- ほとんど入らない  週1~2日  週3~4日  ほとんど毎日
- ふだん、お湯の温度はどれくらいですか？
- ぬるめ  ふつう  あつめ

便通はどのくらいの頻度でありますか？

- 週に3回未満  週に3~4回  週に5~6回  毎日1回  毎日2回以上

ふだんの大便の状態は？

- 下痢便  軟便  普通の便  硬い便  特に硬い便  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？

- 5時間以下  6時間  7時間  8時間  9時間  10時間以上

通常、何時ごろ寝つきますか？

- 19時より前  20時  21時  22時  23時
- 0時  1時  2時  3時  4時以降

あなたの毎日の生活は規則正しいですか？

- 規則正しい  規則正しい  不規則である

ふだんから健康に気をつかって何か心がけていることはありますか？

- たくさんある  多少ある  心がけているができていない
- あまり気にしないようにしている  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。

- 乳房切除術を受けた  乳房温存術を受けた  受けていない  その他( )



<乳房切除術を受けた方に> 乳房再建術を受けましたか？

- 受けた  受けたが受けていない  受けたとは思わない

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。

手術後今までに、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

最近1ヶ月の間では、いかがですか？(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

これまでに、乳がんの手術に関連していると思われる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  相談する必要がなかった



<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

<相談したと回答した方に> 薬(のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など)やマッサージなど、痛みや苦痛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  受ける必要がなかった

全員の方にうかがいます。

手術後に痛みや苦痛が生じることや、痛みや苦痛への対応について、手術の前に説明を受けていましたか？

- 十分受けた  受けたが十分でなかった  受けなかった

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全般についてお答えください。

手術後今までに、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

最近1ヶ月の間では、いかがですか？(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

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づらわしい。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A ○	B ○	C ○	D ○	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 ○	D ○
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
5. 物事に集中できない。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
6. ゆうつだ。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
7. 何をするのも面倒だ。	A ○	B ○	C ○	D ○	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 ○	D ○
9. 過去のことについてよくよく考える。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
11. なかなか眠れない。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
12. 生活について不満なくすごせる。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
14. 一人ぼっちでさびしい。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
15. 皆がよそよそしいと思う。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
16. 毎日が楽しい。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
17. 急に泣きだすことがある。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
18. 悲しいと感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○
20. 仕事を手につかない。	A ○	B ○	C ○	D ○	D ○

記入不可 ●

これまで、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     相談する必要がなかった

<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

<相談したと回答した方に> 薬(のみ薬、坐薬、貼り薬、注射など)やマッサージなど、痛みや苦痛を和らげるための治療や処置を受けましたか？

受けた     受けなかったが、受けられなかった     受ける必要がなかった

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     受けたくない     受けたくない     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答えてください。

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。

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○

とても悪い ← ともよい →

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。

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○

とても悪い ← ともよい →

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？

1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○

とても悪い ← ともよい →

以下の質問にあまり深く考えずに答えてください。  
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。	0	0	0
2. 動悸が気になる。	0	0	0
3. めまいを感じることもある。	0	0	0
4. 胸が痛くなることもある。	0	0	0
5. 好きなものでも食べる気がしない。	0	0	0
6. 寝つきが悪く、なかなか眠れない。	0	0	0
7. 体がだるく、なかなか疲れがとれない。	0	0	0
8. 肩がこったり、首すじがはることがある。	0	0	0
9. 背中や腰が痛くなることもある。	0	0	0
10. 目が疲れやすい。	0	0	0
11. なにかするとすぐ疲れる。	0	0	0
12. 頭がスッキリしない(頭が重い)。	0	0	0
13. 何か仕事をするとき、自信をもってできない。	0	0	0
14. 何かするとき、うまくいかないので不安になる。	0	0	0
15. 物事を積極的にこなせない。	0	0	0
16. 何かをきめるときは、迷って決定できない。	0	0	0
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。	0	0	0
18. 職務の重さに圧力を感じる。	0	0	0
19. 人を信じられないことがある。	0	0	0
20. どこでも、気心があわない人がいて困ることがある。	0	0	0
21. 私の努力を正当に評価してくれる人が欲しいと思う。	0	0	0
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。	0	0	0
23. 将来に希望が持てないことがある。	0	0	0
24. 不機嫌になることがある。	0	0	0

○●○○ あなたが必要とする情報についてうかがいます ●○○○

乳がんと診断を受けてから今までに、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	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	0	0	0	0
緩和ケアや痛みの治療についての情報	0	0	0	0
乳房再建術についての情報	0	0	0	0
福祉制度についての情報	0	0	0	0
<セルフケア>				
薬についての情報	0	0	0	0
症状への対応についての情報	0	0	0	0
<こころのケア>				
相談できる病院など、施設についての情報	0	0	0	0
患者会などセルフヘルプグループについての情報	0	0	0	0
家族との接し方についての情報	0	0	0	0
<日常生活>				
食事についての情報	0	0	0	0
サプリメントなど代替療法についての情報	0	0	0	0
衣類・下着・かつらなどについての情報	0	0	0	0
結婚・性生活・妊娠などについての情報	0	0	0	0
社会復帰についての情報	0	0	0	0

ここ1年間で、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	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	0	0	0	0
緩和ケアや痛みの治療についての情報	0	0	0	0
乳房再建術についての情報	0	0	0	0
福祉制度についての情報	0	0	0	0
<セルフケア>				
薬についての情報	0	0	0	0
症状への対応についての情報	0	0	0	0
<こころのケア>				
相談できる病院など、施設についての情報	0	0	0	0
患者会などセルフヘルプグループについての情報	0	0	0	0
家族との接し方についての情報	0	0	0	0
<日常生活>				
食事についての情報	0	0	0	0
サプリメントなど代替療法についての情報	0	0	0	0
衣類・下着・かつらなどについての情報	0	0	0	0
結婚・性生活・妊娠などについての情報	0	0	0	0
社会復帰についての情報	0	0	0	0

●●●●最後に、支援へのご要望についてうかがいます ●●●●

あなたは現在、以下のような支援(サポート)を必要としていますか？  
あてはまるものすべてにマークしてください。

- < 情報提供のしかた >
  - 冊子による情報の提供
  - ホームページによる情報の提供
  - メールによる情報の提供
  - メーリングリストでの情報の提供
  - 講演会・勉強会
- < 相談のしかた >
  - Faxによる相談
  - 対面での相談
- < 相談したい内容 >
  - 心配事を聞いてほしい
  - 支えになってほしい
  - 治療について相談したい
  - 社会福祉制度(保険など)について相談したい
- < 相談したい相手 >
  - 主治医
  - 看護師・保健師
  - 精神科医、心療内科医
  - 心理カウンセラー
  - ソーシャルワーカー
  - 他の患者や家族
- < その他 >
  - その他  具体的にお書きください

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。

これで質問は終わりです。  
恐れ入りますが、ご記入もれがないかどうか、もう1度お確かめのうえ、  
返信用の封筒に入れて郵送してください。  
ご協力ありがとうございます。

## 付録 2

### 乳がん患者の多目的コホート研究 06 実施計画書



希望の虹プロジェクト