

## 「乳がん患者の多目的コホート研究 NCC」

### 研究への協力の同意文書

国立がん研究センター中央病院 病院長 殿

私は、「乳がん患者の多目的コホート研究 NCC」について、下記に記した説明者により説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解しましたので、本研究に参加します。

#### 【説明を受け理解した項目】

1. 研究の目的
2. 研究を行う理由
3. 研究の方法
4. あなたにお願いすること
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
6. 研究に参加することの利益と不利益
7. 研究の参加への同意について
8. あなたのプライバシーを守ります
9. 測定・解析結果をお知らせすることについて
10. 遺伝カウンセリング
11. 研究から生じる知的財産権の帰属
12. 研究倫理のルールを守って研究を行います
13. 研究の責任者とお問い合わせ先

患者さんご自身でご記入ください

同意日： 年 月 日

氏名（自署）：

説明者が記入

説明日： 年 月 日

氏名（自署）：

(担当医師・CRCによる記入用)

切り離して個人情報管理室に提出してください

## 生活習慣や代替療法に関する質問票

### <1回目調査用>

#### 対象者登録票

枠内にご記入のうえ、1枚目(本紙)を切り離して、原本を個人情報管理室に提出し、コピーを保管してください。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、2枚目以降を患者さんにお渡しください。

同意取得日：平成 年 月 日

カルテ番号：

担当医師名：

(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

### <1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。「乳がん患者の多目的コホート研究NCCへのご協力をお願い」をお読みになり、この研究への参加に同意されたうえでお答えいただけますようお願いいたします。

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が、いただいた回答から、食事に関するおひとりずつ年齢に応じた栄養計算を行い、その結果を後日お返しします。正確な結果をお返すするためにも、できるだけ記入漏れのないようお願いいたします。

ご回答いただいた質問票はデータセンターに直接お送りいただくため、お答えいただいた内容が担当医師やCRC(説明担当者)に知られることはありません。データは、研究の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、あなたのプライバシーは守られますのでご安心ください。ぜひともご協力いただけますようお願いいたします。

この質問票に回答した日：

平成 年 月 日

年齢(質問票に回答した日現在)：

歳

\*食物摂取状況の栄養計算に用います

\*ご記入ください

※この欄には何も記入しないでください。

コホート 質問票登録番号	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 記入上の注意

- ご本人が記入してください。
- 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。
- 鉛筆は、HB、Bのものを使ってください。
- 万年筆やボールペンは、絶対に使わないでください。
- 訂正する場合は、消しゴムで完全に消してください。
- 余白には、何も記入しないでください。

### (マーク記入例)



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。

診断を受けた頃、たばこをすっていましたか？

すっていた  やめた

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

20歳

たばこをすっていた

たばこをすっていない

## ※以下、乳がんの診断を受ける前の生活習慣についてお答えください。

○○●● たばこやお酒についてうかがいます ●○○○

生まれてから診断を受けた頃までに、合計して少なくとも100本以上のたばこをすっていましたか？

はい  いいえ

診断を受けた頃、たばこをすっていましたか？

すっていた  やめた  すっていない

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日何本すっていましたか？

本

たばこをやめたいと思っていましたか？  
(1つにマークしてください)

- やめたいと思っていた
- 本数を減らしたいと思っていた
- 思わなかった

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
診断を受けた頃	<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

お酒には強いと思っていましたか？

- 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したか？

- なった
- どちらかというようになった
- ならなかった
- わからない

お酒を飲んでいましたか？

- 飲んでいました
- やめた
- 飲んでいなかった

何歳の時お酒をやめましたか？

□ 歳

お酒を飲んでいたのはなぜですか？ (1つマークしてください)

- 好きだから
- つきあいで
- 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( )

どのくらいの頻度で飲んでいましたか？ (やめた方は飲んでいた頃のことを書いてください)

- 月に1回未満
- 月に1~2日
- 月に1~3日
- 週に1~2日
- 週に3~4日
- 週に5~6日
- 毎日飲んでいました

1日に飲んでいた、もっ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

- 飲まなかった
  - 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)
- 飲まなかった
  - 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)
- 飲まなかった
  - 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

- 飲まなかった
- 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

- 飲まなかった
- 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

### ●●● 食生活に関する質問 ●●●

ここからしばらく、食事についての質問が続きます。  
 診断前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ていましたか？

- 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ていましたか？

- 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」を食べていましたか？

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

「麦」を食べていましたか？

- まぜなかった
- まれにまぜていた
- ときどきまぜていた
- よくまぜていた
- いつもまぜていた

「あわ・ひえ」をまぜていましたか？

- まぜなかった
- まれにまぜていた
- ときどきまぜていた
- よくまぜていた
- いつもまぜていた

「みそ汁」についておたずねします。

どのくらいの頻度で飲んでいましたか？

- ほとんど飲まなかった
- 月に1~3日
- 週に1~2日
- 週に3~4日
- 週に5~6日
- 毎日飲んでいました

朝・昼・夕食あわせて、1日におよそ何杯飲んでいましたか？

- 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したか？

- 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

診断前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回に食べていた量が「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	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	
										少ない(半分以下)	多い(1.5倍以上)
牛肉 ステーキ 焼き物(焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚(150g位) うす切り5枚(100g位)									

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

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	
										少ない(半分以下)	多い(1.5倍以上)
牛肉 ステーキ 焼き物(焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚(150g位) うす切り5枚(100g位)									

「目安量」のところに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	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	
										少ない(半分以下)	多い(1.5倍以上)
牛肉 ステーキ	<input type="checkbox"/>	ステーキ用1枚(150g位) うす切り5枚(100g位)									
焼き物(焼き肉など)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚(60g位)									
炒め物(野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	2~3cm角切り3個(50g位)									
煮込み(カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	うす切り3枚(60g位)									
豚肉 炒め物(野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	とんかつ用1枚(100g位)									
揚げ物(とんかつなど)	<input type="checkbox"/>	2~3cm角切り3個(50g位)									
煮込み(カレー・シチューなど)	<input type="checkbox"/>	2きれ(60g位)									
煮物(角煮)	<input type="checkbox"/>	うす切り2枚(40g位)									
汁物(豚汁)	<input type="checkbox"/>	2きれ(40g位)									
レバー	<input type="checkbox"/>	2きれ(40g位)									
(レバーニラ炒めなど)	<input type="checkbox"/>	2きれ(40g位)									

診断前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	
										少ない(半分以下)	多い(1.5倍以上)
鶏肉 焼き物(やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり2本(70g位)									
炒め物(野菜炒めなど)	<input type="checkbox"/>	5きれ(60g位)									
煮物	<input type="checkbox"/>	2~3cm角切り(50g位)									
揚げ物(からあげなど)	<input type="checkbox"/>	3個(50g位)									
レバー(やきとりなど)	<input type="checkbox"/>	やきとり1本(30g位)									
ロースハム	<input type="checkbox"/>	普通切り1枚(15g位)									
ウィンナー・ソーセージ	<input type="checkbox"/>	2本(30g位)									
ベーコン	<input type="checkbox"/>	1枚(20g位)									
牛乳 低脂肪乳	<input type="checkbox"/>	200cc1本									
普通乳	<input type="checkbox"/>	200cc1本									
卵	<input type="checkbox"/>	中1個(50g位)									
チーズ	<input type="checkbox"/>	スライスチーズ1枚(20g位)									
ヨーグルト	<input type="checkbox"/>	カップ型1個(120g位)									
塩たら・塩さけ	<input type="checkbox"/>	切り身1きれ(70g位)									
ひもの(あじ開きほしなど)	<input type="checkbox"/>	1枚(50g位)									
まぐろ缶詰(シーチキンフレーク)	<input type="checkbox"/>	4分の1缶(20g位)									
さけ・ます	<input type="checkbox"/>	切り身1きれ(70g位)									
かつお・まぐろ	<input type="checkbox"/>	さしみ4きれ(60g位)									
ぶり・はまち	<input type="checkbox"/>	さしみ4きれ(60g位)									
たら・かれい	<input type="checkbox"/>	2分の1きれ(40g位)									
たい	<input type="checkbox"/>	1きれ(70g位)									
あじ・いわし	<input type="checkbox"/>	1尾(80g位)									
さんま・さば	<input type="checkbox"/>	1尾(80g位)									
しらすぼし	<input type="checkbox"/>	大さじ2杯(10g位)									
たらこ・すじこ・いくら	<input type="checkbox"/>	たらこ4分の1腹(20g位)									
うなぎ	<input type="checkbox"/>	2分の1串(50g位)									
いか	<input type="checkbox"/>	さしみ3きれ(50g位)									
たこ	<input type="checkbox"/>	あし1/3本(50g位)									
えび	<input type="checkbox"/>	大正えび2尾(40g位)									
あさり・しじみ	<input type="checkbox"/>	むき身10個(20g位)									
ちくわ	<input type="checkbox"/>	6分の1本(20g位)									
かまぼこ	<input type="checkbox"/>	2きれ(20g位)									
さつまあげ	<input type="checkbox"/>	4分の1きれ(20g位)									



つぎの果物は、でまわっている季節に食べていた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回あたりの目分量		目分量より少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5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・いよかん・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

診断前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 (たいふく・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

診断前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回あたりの目分量		目分量より少ない(半分以下)	同じ	多い(1.5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

食卓でつかっていた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・マーメレード	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 (6g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

診断前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んでいましたか？

飲料名	週に									
	1 回未満	1 ~ 2 回	3 ~ 4 回	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	
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
紅茶 (缶・ペットボトル)	<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"/>					
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"/>					
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"/>					
トマトジュース	<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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
炭酸飲料	<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"/>					
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"/>					
飲料水 (水道水・井戸水)	<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"/>					

紅茶やコーヒーを飲む人は、砂糖やミルクを入れていましたか？

紅茶	砂糖	入れ						スプーン 3杯以上
		なかつた	半分	スプーン 1杯	スプーン 2杯	スプーン 3杯以上		
砂糖	<input type="checkbox"/>							
ミルク	<input type="checkbox"/>							
砂糖	<input type="checkbox"/>							
ミルク	<input type="checkbox"/>							

今までにあがってきた以外の食物と飲物で、診断前1年以内に週1回以上食べていた(飲んでいた)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		毎日7~9回		毎日10回以上	
	<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1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べていた

「夕食」は、どのくらいの頻度でしてましたか？(店で買った弁当やおにぎりは、外食に数える)

月に1回未満  月に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べていた

「インスタント食品」は、どのくらいの頻度で食べていましたか？(ラーメン・カップ麺・レトルト食品など)

月に1回未満  月に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べていた

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ていましたか？

月に1回未満  月に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べていた

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ていましたか？

月に1回未満  月に1~2回  週に3~4回  週に5~6回  毎日食べていた

肉のあぶら身をどれくらい食べていましたか？

ほとんど食べなかった  3分の1くらい食べていた  半分くらい食べていた  3分の2くらい食べていた  ほとんど全部食べていた

ラーメン・うどん・そばの汁をどれくらい飲みましたか？

ほとんど飲まなかった  3分の1くらい飲んでいて  半分くらい飲んでいて  3分の2くらい飲んでいて  ほとんど全部飲んでいて

食卓で料理に、塩をふる習慣がありましたか？

なかった  まれにかけた  ときどきかけていた  たいていかけていた  いつもかけていた

食卓で料理に、しょうゆをかける習慣がありましたか？

なかった  まれにかけた  ときどきかけていた  たいていかけていた  いつもかけていた

一番よくつかった油を選んで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

診断前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。

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

- なまに近い状態 (レア)     ややなまに近い状態 (ミディアム)     中程度 (ウェルダン)     ややよく焼けた状態     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回未満     毎日食べていた

「焼き魚」を食べるときに、焦げた部分を食べていましたか？

- ほとんど食べなかった     3分の1くらい食べていた     半分くらい食べていた     3分の2くらい食べていた     ほとんど全部食べていた

料理の好みについて、いづれかにマークしてください。

	好き	普通	嫌い
「こってり」とした料理は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
「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"/>

つついっ食べ過ぎてしまうほうでしたか？

- はい     いいえ

食べる速さは？

- かなり速かった     やや速かった     ふつう     やや遅かった     遅かった

●●● 診断前1年間の「身体の動かし方」についてうかがいます ●●●

診断前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	1時間未満		1時間以上3時間未満		3時間以上5時間未満		5時間以上7時間未満		7時間以上9時間未満		9時間以上11時間未満		11時間以上	
	なかった	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
通勤、仕事、家事などで座っている時間	<input type="radio"/>													
通勤、仕事、家事などで立っている時間	<input type="radio"/>													
通勤、仕事、家事などで歩いている時間	<input type="radio"/>													
力のいる作業をしている時間	<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。診断前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	ほぼ毎日	30分未満	30分~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	<input type="radio"/>									
ウォーキングなど早足で歩く	<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"/>									
テニス・ジョギング・エアロビクス・水泳などの激しい運動	<input type="radio"/>									





○●● 診断を受ける前の日常生活についてうかがいます ○●○

診断前1年間についておたずねします。

春秋は、週に何日入浴していましたか？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したか？  
 ○ 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したか？

- ぬるめ ○ ふつう ○ あつめ

便通はどのくらいの頻度でありましたか？

- 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したか？

- 5時間以下 ○ 6時間 ○ 7時間 ○ 8時間 ○ 9時間 ○ 10時間以上

通常、何時ごろ寝ついていましたか？

- 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

いびきをかいていましたか？

- ほぼ毎日 ○ ときどき ○ かなかかった ○ わからない

睡眠中に呼吸が止まるといわれたことがありましたか？

- ほぼ毎日 ○ ときどき ○ 全くなかった ○ わからない

診断前1年間についておたずねします。

寝床についてから30分以内に眠れなかったことがありましたか？

- ほとんどなかった ○ 週に1回未満 ○ 週1~2回 ○ 週3~4回 ○ 週5~6回 ○ ほぼ毎日

夜間または早朝に目が覚めたことがありましたか？

- ほとんどなかった ○ 週に1回未満 ○ 週1~2回 ○ 週3~4回 ○ 週5~6回 ○ ほぼ毎日

朝起きたときにひどく疲れた感じがありましたか？

- ほとんどなかった ○ 週に1回未満 ○ 週1~2回 ○ 週3~4回 ○ 週5~6回 ○ ほぼ毎日

どのくらいの頻度で、眠るためにお酒を飲みましたか？

- ほとんどなかった ○ 週に1回未満 ○ 週1~2回 ○ 週3~4回 ○ 週5~6回 ○ 毎日

あなたの毎日の生活は規則正しかったですか？ ○ 規則正しかった ○ 不規則であった

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したか？

- たくさんあった ○ 多少あった ○ 心がけているができていなかった  
 ○ あまり気にしないようにしていた ○ 興味がなかった

あなたは、PC（コンピュータ）や携帯電話を使って、インターネットやメールのやりとりをどのくらいしていましたか？

- ほとんどしていません → 次の質問へ  
 ○ 月に1~3日 ○ 週に1~2日 ○ 週に3~4日 ○ 週に5~6日 ○ 毎日

やりとりをしていた方は、1日あたりの利用時間をおしえてください。

時間

診断前1年間に、あなたは、お仕事以外に社会活動や社会参加をしていましたか？あてはまるものをすべてをマークしてください。

- 趣味の集まりやサークル、おけいごと ○ 講座・学習会などの教養・学習活動  
 ○ 政党・政治・労働組合活動 ○ 宗教活動  
 ○ ボランティアなどの社会福祉活動 ○ 患者会の活動や、患者・家族の支援活動  
 ○ 町内会・PTA等の地域団体活動 ○ 消費者活動・環境保護活動など  
 ○ その他（ ）  
 ○ 特にない

**※以降は現在のことについてお答えください。**

○○●● 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、診断を受けて以降今までにあなたに「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。

	できごとや状況の有無		そのこと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)
乳がんになったことで診断以降今までに						
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(町内会活動、サークル活動、おけいことなどの)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. 容貌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. 好きなものを好きなだけ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だけでなく、どんなことでもけっこうです。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. 現在の状況を变えるよう努力する	○	○	○	○
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. 問題の原因を見つけようとする	○	○	○	○
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あきらめる	○	○	○	○
14. 今の経験はためになると思うことにする	○	○	○	○

●●●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、 あなた現在の <u>お気持ち</u> 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"/>

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"/> 孫	<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"/> 孫	<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"/> 誰もない	

○●● あなたご自身のことについてうかがいます ●○○○

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    孫    配偶者の親    自分の親    その他    独り暮らし

あなたはペットを飼っていますか？あてはまるものすべてにマークしてください。

何も飼っていない    犬    猫    鳥  
 魚(熱帯魚など)    その他 (                    )

犬の散歩をしていますか？

頻度	1日あたりの時間			
	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回
していない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30分未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30分~59分	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1時間未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1~2時間	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2~3時間	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3~4時間	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4時間以上	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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年制大学中退  
 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(している)お仕事についてうかがいます。従業上の地位を1つだけマークしてください。

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

くお仕事をされている(いた)方に> 最も長く従事している(いた)お仕事の内容を1つだけマークしてください。

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1つだけマークしてください。

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

くお仕事をされている方に> 現在のお仕事の内容を1つだけマークしてください。

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

今までに、乳がんのほかに、医師から次の病気があるといわれたり、次の手術を受けましたか？あてはまるものをすべてマークして下さい。

がん	<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん
病	<input type="checkbox"/> 子宫颈癌	<input type="checkbox"/> 子宫颈癌	<input type="checkbox"/> その他のがん	<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 子宮体がん
気	<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん
良性腫瘍	<input type="checkbox"/> 良性の乳腺腫瘍	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 脳出血・脳こうそく・くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 心房細動
循環器疾患	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 脳出血・脳こうそく・くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高コレステロール血症
その他の疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高コレステロール血症	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 (腎透析を含む)	<input type="checkbox"/> 白内障
	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 (腎透析を含む)	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ
	<input type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> 胃かいよう	<input type="checkbox"/> 十二指腸かいよう	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎・肝硬変	<input type="checkbox"/> 胆石
	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎・肝硬変	<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/> 尿管結石・腎結石	<input type="checkbox"/> 尿管結石・腎結石	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (睡眠呼吸障害)	<input type="checkbox"/> うつ病
	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (睡眠呼吸障害)	<input type="checkbox"/> うつ病	<input type="checkbox"/> 腰の骨折	<input type="checkbox"/> 腕か手首の骨折	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 大腿骨 (太ももの骨) の付け根の骨折
	<input type="checkbox"/> 腰の骨折	<input type="checkbox"/> 腕か手首の骨折	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 大腿骨 (太ももの骨) の付け根の骨折	<input type="checkbox"/> (骨折は交通事故・転落・労務上の事故を除く)	<input type="checkbox"/> (骨折は交通事故・転落・労務上の事故を除く)
	<input type="checkbox"/> (骨折は交通事故・転落・労務上の事故を除く)					
上記以外の病気	<input type="checkbox"/> ( )					
内視鏡手術	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> その他の部位	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
手術	<input type="checkbox"/> 心臓 (バイパス術)	<input type="checkbox"/> 心臓 (弁置換術)	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆のう (胆石)
	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆のう (胆石)	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 子宮
	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> その他の部位	<input type="checkbox"/> ( )			

家族の中で次の病気にかかった人はいますか？いくつかつでもマークして下さい。

	実父	実母	兄弟	姉妹	配偶者	子
糖尿病	<input type="checkbox"/>					
脳卒中	<input type="checkbox"/>					
高血圧	<input type="checkbox"/>					
心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/>					
慢性肝炎・肝硬変	<input type="checkbox"/>					
胃・十二指腸かいよう	<input type="checkbox"/>					
胃がん	<input type="checkbox"/>					
大腸がん	<input type="checkbox"/>					
肺がん	<input type="checkbox"/>					
肝がん	<input type="checkbox"/>					
乳がん	<input type="checkbox"/>					
子宮体がん	<input type="checkbox"/>					
子宮頸がん	<input type="checkbox"/>					
前立腺がん	<input type="checkbox"/>					
その他のがん	<input type="checkbox"/>					

現在、医師から処方されて定期的に飲んでる薬がありますか？

ある  ない  次の質問へ

「ある」の場合、あてはまるすべてにマークして下さい。

高血圧の薬  コレステロールを下げる薬  その他

糖尿病の薬  痛風の薬  骨粗鬆症の薬

脳卒中の薬  うつの薬  血液を固まりにくくする薬 (抗凝固剤)

薬の名称をご記入下さい

マーク不要

現在の身長は？ (小数点以下は四捨五入する)   cm

現在の体重は？ (小数点以下は四捨五入する)   kg

現在の腹囲 (へそまわり) は？ (小数点以下は四捨五入する)   cm

現在の体重は？ 1年前の体重は？ 2.0歳の頃の体重は？

(小数点以下は四捨五入する)   kg (小数点以下は四捨五入する)   kg (小数点以下は四捨五入する)   kg

1年前と現在とで体重の変化 (やせた/太った) があった方は、その理由を1つだけマークして下さい。

体重の変化はなかった  自然にやせた (太った)  意図的にやせた (太った)

病気でやせた (太った)  その他 ( )

身長が伸びるのが止まったのはいつ頃ですか？   歳頃

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

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   ケ月)

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

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   ケ月)

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   ケ月)

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   ケ月)

その他の目的 (子宮内腺症の治療など) 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   ケ月)



※下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた事からです。

この1週間の、あなたの方からだや心の状態についてお聞きたいします。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]

	この1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らずわしい。	A ○	B ○	C ○	D ○	5日以上
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. 過去のことにいくよくよく考ええる。	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させる。	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. 皆が自分をきらいていると感じる。	A ○	B ○	C ○	D ○	
20. 仕事の手につかない。	A ○	B ○	C ○	D ○	

身体症状について

	全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1 体に力が入らない感じがする。	○	○	○	○	○
2 吐き気がする。	○	○	○	○	○
3 体の具合のせいで家族への負担となっている。	○	○	○	○	○
4 痛みがある。	○	○	○	○	○
5 治療による副作用に悩んでいる。	○	○	○	○	○
6 自分は病気だと感じる。	○	○	○	○	○
7 体の具合のせいで、床（ベッド）で休まざるを得ない。	○	○	○	○	○

社会・家族との関係について

	全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
8 友人たちを身近に感じる。	○	○	○	○	○
9 家族を親密に感じる。	○	○	○	○	○
10 家族から精神的な助けがある。	○	○	○	○	○
11 友人からの助けがある。	○	○	○	○	○
12 家族は私の病気を充分受け入れている。	○	○	○	○	○
13 私の病気について家族間の話し合いに満足している。	○	○	○	○	○
14 私は病気ではあるが、家族の生活は順調である。	○	○	○	○	○
15 パートナー（または自分を一番支えてくれる人）を親密に感じる。	○	○	○	○	○

※ 次の質問の内容は、現在のあなたの性生活がどの程度あるのかとは無関係です。答えにくいと思われる場合は、右側の ○ にマークし、次の質問に進んでください。

	全くあてはまらない	わずかにあてはまる	多少あてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
16 性生活に満足している。	○	○	○	○	○

精神状態について

	全く あてはま らない	わずかに あてはま る	多少 あてはま る	かなり あてはま る	非常に あてはま る
17 悲しいと感じる。	0	0	0	0	0
18 病気を冷静に受け止めている自分に満足している。	0	0	0	0	0
19 病気と闘うことに希望を失いつつある。	0	0	0	0	0
20 神経質になっている。	0	0	0	0	0
21 死ぬことを心配している。	0	0	0	0	0
22 病気の悪化を心配している。	0	0	0	0	0

活動状況について

	全く あてはま らない	わずかに あてはま る	多少 あてはま る	かなり あてはま る	非常に あてはま る
23 仕事（家のことも含む）をすることができる。	0	0	0	0	0
24 仕事（家のことも含む）は生活の張りになる。	0	0	0	0	0
25 生活を楽しむことができる。	0	0	0	0	0
26 自分の病気を充分受け入れている。	0	0	0	0	0
27 よく眠れる。	0	0	0	0	0
28 いつもの娯楽（余暇）を楽しんでいる。	0	0	0	0	0
29 現在の生活の質に満足している。	0	0	0	0	0

その他の心配な点（1）

	全く あてはま らない	わずかに あてはま る	多少 あてはま る	かなり あてはま る	非常に あてはま る
30 息切れがする。	0	0	0	0	0
31 どのような服をどう着るか、人目が気になる。	0	0	0	0	0
32 片方あるいは両方の腕に腫れまたは痛みがある。	0	0	0	0	0
33 女性として魅力があると思う。	0	0	0	0	0
34 腋毛に悩まされている。	0	0	0	0	0
35 家族の他の者がガンにかかるのではないかと心配である。	0	0	0	0	0
36 ストレスがたまたまると病気に影響がでるのではないかと心配である。	0	0	0	0	0
37 体重の変化に悩んでいる。	0	0	0	0	0
38 女であると感ずることができず。	0	0	0	0	0

その他の心配な点（2）

	全く あてはま らない	わずかに あてはま る	多少 あてはま る	かなり あてはま る	非常に あてはま る
39 ほてり感がある。	0	0	0	0	0
40 冷や汗が出る。	0	0	0	0	0
41 寝汗をかく。	0	0	0	0	0
42 おりもの（帯下）がある。	0	0	0	0	0
43 膣にかゆみ、または痛みがある。	0	0	0	0	0
44 膣から出血がある。	0	0	0	0	0
45 膣が乾いた感じがする。	0	0	0	0	0
46 性交時に痛み、または不快感がある。	0	0	0	0	0
47 性生活に関心がなくなった。	0	0	0	0	0
48 体重が増えた。	0	0	0	0	0
49 頭がフラフラする。（目まいがする）	0	0	0	0	0
50 このところ、吐くことがある。	0	0	0	0	0
51 下痢をしている。	0	0	0	0	0
52 頭痛がする。	0	0	0	0	0
53 お腹が張った感じがする。	0	0	0	0	0
54 乳房が過敏で、ちよつと触れただけでも痛みを感じる。	0	0	0	0	0
55 気分が変わりやすい。	0	0	0	0	0
56 すぐイライラする。	0	0	0	0	0

