

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 (桐油) 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。

	なま	煮る	焼く	揚げる	炒める	その他
肉類は？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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のが最も多いですか？

- なまに近い状態 (レア) ややなまに近い状態 中程度 (ミディアム) 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、どれくらいの頻度で食べますか？

- 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

「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 半分くらい食べる 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。

	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"/>

つつい食べ過ぎてしまうほうですか？

- はい いいえ

食べる速さは？

- かなり速い やや速い ふつう やや遅い 遅い

乳がんと診断された前と後で、生活習慣が変化したかどうかについてお聞きします。

	多く とるよう になった	特に変化 はない	少なく とるよう になった	変化した場合、 乳がんと診断されてから 何ヶ月後に変化したか？
ご飯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
牛肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
豚肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
鶏肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
魚介類 (刺身、焼き魚、煮魚)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
卵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
牛乳・乳製品	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
豆腐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
納豆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
みそ汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
緑黄色野菜	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
果物	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
お酒	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
たばこ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
一日の運動量	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後

上記の品目以外に、特定の品目を増やす、または減らすなど、食生活が変化した場合は、品目をご記入ください。また、変化した場合、それはいつくらいからでしたか？

変化した品目	変化した時期
<input type="radio"/> <input type="text"/>	(乳がんと診断されてから、 <input type="text"/> ヶ月くらい後)
<input type="radio"/> <input type="text"/>	(乳がんと診断されてから、 <input type="text"/> ヶ月くらい後)
<input type="radio"/> <input type="text"/>	(乳がんと診断されてから、 <input type="text"/> ヶ月くらい後)

●○○● 診断を受けて以降の代替療法の利用についてうかがいます ●○○●

健康補助食品や漢方薬、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。

- おおいにある
- 少しある
- ない

乳がんの診断を受けて以降に、健康補助食品やサプリメントなどを使用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の具体例

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、SDD強化食品 など

漢方薬
(医師の処方による保険適用のものは含まない)

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、イソフラボン など

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。商品名がわからない場合は、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	イソフラボン		<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

下の表にマークしてください。

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

「中止した理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

1. 効果がないから
2. 乳がんやその治療に関連した症状が悪化したから
3. 健康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	始めた理由 (上記の選択肢からいくつでも選んでください)	1ヶ月にかかる(かかった)平均費用	現在も続けていますか(どちらかにマーク)		<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	2	3	4
1	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
2	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
3	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
4	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
5	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
6	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
7	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			
8	年 月	1 2 3 4 5 6	円/月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 8			

ページ記号 ● ●

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みません。下の具体例を参考にしてください。

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つだけにマークしてください。

- おおいにある
- 少しある
- ない

乳がんの診断を受けて以降に、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つだけに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」と答えた方のみお答えください。

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わからない場合は、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"/>

健康法やその他の代替療法の具体例

鍼(はり)
灸
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、
ゲルソン療法 など

「始めた理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

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

「中止した理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

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

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

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

右のページへ続きます →

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

仕事など時間の内訳	な か っ た	1 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
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"/>
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"/>
力のいる作業をしている 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"/>

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

余暇での身体の動かし方	頻度					1回あたりの時間					
	月 に 1 回 未 満	月 に 1 〜 3 回	週 に 1 〜 2 回	週 に 3 〜 4 回	ほ ぼ 毎 日	30 分 未 満	30 〜 59 分	1 〜 2 時 間 未 満	2 〜 3 時 間 未 満	3 〜 4 時 間 未 満	4 時 間 以 上
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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	

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

次に、「あてはまる」の場合には、そのことによってあなたがどの程度ストレスに感じたか(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？)			
	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 ここ1年間に				
1. 仕事に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 経済面で困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 社会活動や社会参加(町内 会活動、サークル活動、おけい こごとなど)の機会が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 家庭での役割(母親・妻など) に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 趣味やたのしみが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 家族との関係が悪化した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 友人との関係が悪化した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 再発など病気の悪化について の不安がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 性生活に困難が生じた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 容貌や見た目が以前より も悪くなったと感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 医療や治療に対する不満 がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 主治医など医療従事者との 関係に不満がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 好きなものを好きなだけ 食べられなくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

(1)あなたが、現在“最も強くストレスを感じていること”は何でしょうか？
乳がんに関係したことでなくても、どんなことでもけっこうですから、1つだけ回答欄に書いてください。

()

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

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

●●● 現在のあなたご自身の考え方についてうかがいます ●●●

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

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

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

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

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"/> 誰もいない	

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

<input type="radio"/> 父・母	<input type="radio"/> 配偶者・恋人	<input type="radio"/> 子ども
<input type="radio"/> 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"/> 誰もいない	

○●○● 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、どなたと一緒に住まいですか？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							
	していない	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	ほぼ毎日	していない	30分未満	30~59分	1~2時間未満	2~3時間未満	3~4時間未満	4時間以上
	<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"/>

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()

あなたは、パソコン(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すか？

- ほとんどしない → 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

やりとりをしている方は、
1日あたりの利用時間をおしえてください。

時間

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

<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

<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 ()

日ごろ、あなたは、お仕事以外に社会活動や社会参加をしていますか？
あてはまるものすべてをマークしてください。

趣味の集まりやサークル、おけいここと 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

現在の身長は？ 現在の腹囲(へそまわり)は？

(小数点以下は四捨五入する) (小数点以下は四捨五入する)

cm cm

現在の体重は？ 1年前の体重は？ 20歳の頃の体重は？

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

kg kg 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つだけマークしてください。

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

自分の歯は何本ありますか？
治療にかぶせた歯やさし歯は、自分の歯として数えます。
インプラントは、自分の歯として数えません。
成人の歯の本数は通常28本(親知らずを除く)とされています。

本

自分の歯または入れ歯で、左右の奥歯をしっかりと噛みしめることができますか？

両方できる 片方だけできる どちらもできない

歯医者さんから歯周病(歯槽膿漏(しそうのうろう))があると言われたことがありますか？

はい いいえ

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

あなたの毎日の生活は規則正しいですか？ 規則正しい 不規則である

ふだんから健康に気をつけて何か心がけていることはありますか？

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

〇〇〇 ●ここ1年間の日常生活についてうかがいます ●〇〇〇

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

いびきをかきますか？

ほぼ毎日 ときどき かかない 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すか？

ほぼ毎日 ときどき 全くない わからない

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

過去1ヶ月において、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

〇〇〇 ●からだや心の状態についてうかがいます ●〇〇〇

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。

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

家族の中で次の病気にかかった人はいますか？いく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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
脳卒中	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
高血圧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心筋梗塞・狭心症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
慢性肝炎・肝硬変	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
胃・十二指腸かいよう	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
胃がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
大腸がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
肺がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
肝がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
乳がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
子宮体がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
子宮頸(けい)がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
前立腺がん	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他のがん()	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

現在、医師から処方されて定期的に飲んでいる薬がありますか？

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。

<input type="radio"/> 高血圧の薬	<input type="radio"/> コレステロールを下げる薬	<input type="radio"/> その他 →
<input type="radio"/> 糖尿病の薬	<input type="radio"/> 痛風の薬	<input type="radio"/> 骨粗鬆症の薬
<input type="radio"/> 脳卒中の薬	<input type="radio"/> うつの薬	<input type="radio"/> 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

これまでにあなたは、下記の薬（医師から処方された薬、市販薬）を習慣的に（週に1回以上）使っていましたか？使用の有無をお答えください。また、使用していた方は、薬の名前と頻度、使用していた期間、現在も使用しているかについて、それぞれ1つずつお答えください。

*それぞれの薬のなかで、複数の薬を使用していた場合は、2つめの欄にお書きください。

使用の有無と薬の名前	頻度	期間							現在も使っていますか？						
		週に1回未満	週に1~2回	週に3~4回	週に5~6回	毎日	3ヶ月未満	3ヶ月~1年	1~2年	3~4年	5~9年	10~19年	20年以上	はい	いいえ
血栓を溶かしたり、血液を固まりにくくするための薬 1. アスピリン (商品名: バイアスピリン、アスピリン、バファリンなど) *途中で薬を変えるなど、複数の薬を使っていた方はこちらにお書きください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 名称 <input type="text"/>	<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"/>
2. その他の血栓を溶かしたり、血液を固まりにくくするための薬 (商品名: ワーファリン、ベルサンテン、パナルジン、ブラビックスなど) *途中で薬を変えるなど、複数の薬を使っていた方はこちらにお書きください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 名称 <input type="text"/>	<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"/>
高脂血症の薬 3. メバロチン (商品名: メバロチン/プラバコール)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 名称 <input type="text"/>	<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"/>
4. その他のスタチン系の薬 (商品名: リピトール、ゾコール/リポバス、クレストール、リパロ、ローコールなど) *途中で薬を変えるなど、複数の薬を使っていた方はこちらにお書きください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 名称 <input type="text"/>	<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"/>
5. その他の高脂血症の薬 (商品名: ベザトールSR、リバンチル、コレバイン、エパデル、ユベラン、ユベラニコチネート、シンレスタールなど) *途中で薬を変えるなど、複数の薬を使っていた方はこちらにお書きください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 名称 <input type="text"/>	<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"/>

●●● 乳がんの手術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（全摘出）を受けた 乳房温存術（部分切除）を受けた その他（ ）

乳房再建術を受けましたか？

受けた 受けなかった

腋窩リンパ節郭清（わきのしたのリンパ節の切除）を受けましたか？

受けた 受けなかった

手術後に、放射線治療を受けましたか？

受けた 受けなかった

手術後に痛みや苦痛が生じることに、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

痛みや苦痛の予防や、症状への対応について、手術の前に説明を受けていましたか？

十分受けた 受けたが十分でなかった 受けなかった

手術を受けた側の腕に関して、下記のような症状がありますか？ あてはまるものすべてにマークしてください。

腕がだるい 腕が疲れやすい 手がこわばる 物を落としやすくなった
 手を握りにくい 手術を受けた側の胸や背中がはれぼったい

乳がんの手術に関連していると思われる
 いろいろな種類の身体的な痛みや苦痛についてうかがいます

全員の方に、リンパ浮腫やむくみの症状についてうかがいます。

手術を受けた側の腕について、次のような状態になったことがありますか(なっていますか)？ あてはまるもの1つにマークしてください。

浮腫やむくみなどの症状はほとんどない
 皮膚を押すと、指のあとが残ることがあるが、すぐに元にもどる
 皮膚を押すと、指のあとが残り、数十秒してから元にもどる
 上記の症状が進行し、皮膚が硬くなって、皮膚を押してもあとが残らなくなっている
 さらに進行し、皮膚の色が変わったり、象の皮のように硬くなっている

手術を受けた側の腕の大きさには変化はありましたか？

変わらない 少しだけ太くなった やや(1.5倍未満)太くなった かなり(1.5倍以上)太くなった

リンパ浮腫やむくみの症状はいつから、どのくらいの期間続いていましたか(いますか)？ ()内にご記入ください。

術後 () 日ごろから () 日間くらい 続いていた(いる)

リンパ浮腫の診断を受けましたか？

受けた 受けていない

今までに、症状に対して、マッサージ(リンパドレナージ)や、包帯・衣服などによる圧迫、マッサージ器など、むくみを和らげるための治療や処置を受けましたか？

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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

全くよくなかった ← → 完全によくなった

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある 少しある ない

全員の方にうかがいます。

手術を受けた側の胸、わき、上腕に、ひりひりするような痛みや、ちりちりするような痛みを感じたり、衣服や下着がすれた時に痛みを感じたりすることがありましたか？あてはまるもの1つにマークしてください。

おおいにあった 少しあった なかった

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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

全くよくなかった ← → 完全によくなった

現在、上記の痛みはありますか？

おおいにある 少しある ない

全員の方にうかがいます。

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

おおいにあった 少しあった なかった

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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

全くよくなかった ← → 完全によくなった

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある 少しある ない

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

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

おおいにあった 少しあった なかった

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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

全くよくなかった ← → 完全によくなった

現在、上記の痛みはありますか？

おおいにある 少しある ない