

引き続き、乳房全摘出手術を受けた方にうかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった なかった

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、上記の症状はありますか？

- おおいにある 少しある ない

ここからは、全員の方にうかがいます。

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

- 同じように動かせた 少し動かしづらかった かなり動かしづらかった

腕や肩を動かすときに、手術した側の胸やわき、腕、背中、肩、首などにひきつれるような痛みや、つばるような痛み、だるいような痛みはありましたか？あてはまるもの1つにマークしてください。

- おおいにあった 少しあった なかった

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

次ページの質問に続きます。

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



現在、手術を受けた側の腕や肩を手術前と同じように動かすことができますか？

- 同じように動かせる 少し動かしづらい かなり動かしづらい

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

- おおいにある 少しある ない

全員の方にうかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった なかった

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

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

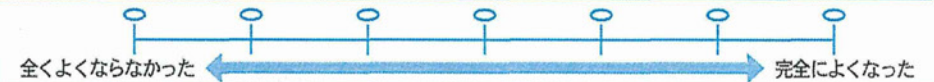
頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、お答えいただいた痛みや苦痛はありますか？

- おおいにある 少しある ない

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

全員の方にかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった ない

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

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

診断後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが、受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、上記の痛みや苦痛はありますか？

- おおいにある 少しある ない

痛みや苦痛の有無に関わらず、全員の方にかがいます

痛みや苦痛があったとき、そのことを主治医に相談しましたか？

- 相談した 相談しなかった 痛みや苦痛はなかった

<「相談した」と回答した方に>主治医は症状への対応を行いましたか？

- 十分行った 行ったが十分でなかった 行かなかった

全員の方にかがいます。

今後、痛みや苦痛を和らげるための治療や処置を受けたいですか？

- 受けたい どちらかと言えば受けたい
 どちらかと言えば受けたくない 受けたくない わからない

●●● からだや心の状態についてうかがいます ●●●

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

各々のことごとについて

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

※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。

*質問ごとに、ごく最近(過去7日間程度)のあなたの状態に

もっともよくあてはまるものをひとつだけ選び、マークしてください。

※どうしても答えにくい質問があった場合は、その質問のみとばして、次の質問に進んでください

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	非常によくあてはまる
1 体に力が入らない感じがする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 吐き気がする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 体の具合のせいで家族への負担となっている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 痛みがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 治療による副作用に悩んでいる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 自分は病気だと感じる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 体の具合のせいで、 ^{とこ} 床(ベッド)で休まざるを得ない。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	非常によくあてはまる
8 友人たちを身近に感じる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 家族を親密に感じる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 家族から精神的な助けがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 友人からの助けがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 家族は私の病気を充分受け入れている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 私の病気について家族間の話し合いに満足している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 私は病気ではあるが、家族の生活は順調である。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 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	非常によくあてはまる
16 性生活に満足している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	非常によくあてはまる
17 悲しいと感じる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 病気を冷静に受け止めている自分に満足している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 病気と闘うことに希望を失いつつある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 神経質になっている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 死ぬことを心配している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 病気の悪化を心配している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	非常によくあてはまる
23 仕事(家のことも含む)をすることができる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 仕事(家のことも含む)は生活の張りになる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 生活を楽しむことができる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 自分の病気を充分受け入れている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 よく眠れる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 いつもの娯楽(余暇)を楽しんでいる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 現在の生活の質に満足している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

その他心配な点(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	非常によくあてはまる
30 息切れがする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 どのような服をどう着るか、人目が気になる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 片方あるいは両方の腕に腫れまたは痛みがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 女性として魅力があると思う。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 脱毛に悩まされている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 ストレスがたまると病気に影響がでるのではないかと心配である。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 体重の変化に悩んでいる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 女であると感じることができる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

* 以下のそれぞれの質問であなた自身の今日の健康状態をもっともよくあらわしているものをひとつえらび、マークしてください。

【質問1】 移動の程度についておききます

- 私は歩き回るのに、問題はない
- 私は歩き回るのに、いくらか問題がある
- 私はベット (床) に寝たきりである

【質問2】 身の回りの管理についておききます

- 私は身の回りの管理に、問題はない
- 私は洗面や着替えを自分でするのに、いくらか問題がある
- 私は洗面や着替えを、自分でできない

【質問3】 ふだんの生活 (例: 仕事、勉強、家族、余暇活動) についておききます

- 私はふだんの活動を行うのに、問題はない
- 私はふだんの活動を行うのに、いくらか問題がある
- 私はふだんの活動を行うことができない

【質問4】 痛み/不快感についておききます

- 私は痛みや不快感はない
- 私は中程度の痛みや不快感がある
- 私はひどい痛みや不快感がある

【質問5】 不安/ふさぎ込みについておききます

- 私は不安でも、ふさぎ込んでいない
- 私は中程度に不安、あるいはふさぎ込んでいる
- 私はひどく不安、あるいはふさぎ込んでいる

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

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

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？

あなたの精神的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか？

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

○●○ あなたが必要とする情報についてうかがいます ●○●

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

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

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

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

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

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> メールによる相談 | <input type="checkbox"/> FAXによる相談 | <input type="checkbox"/> 電話による相談 |
| <input type="checkbox"/> 対面での相談 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| <input type="checkbox"/> <u>相談する必要はない</u> | | |

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

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

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

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

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。

Appendix C

<3~5 回目調査用> 生活習慣に関する質問票

(対象者登録票を含む)

(担当医師による記入用)

切り離してFAXでお送りください (086-235-7268)

生活に関する質問票

<3～5回目調査用>

質問票配布連絡票

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

瀬戸内乳がんコホート研究事務局 (岡山大学病院内)

FAX: 086-235-7268 電話: 086-235-7265

受付時間: 平日 10～18時 (祝祭日、年末年始を除く)

施設名:

担当医師名:

被験者識別コード:
(患者ID等、施設内で設定したもの)

返信先のFAX番号:

コホート質問票番号
830001

(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

生活習慣に関する質問票

<3～5回目調査用>

この質問票は、日常生活についておたずねするものです。

あなたが研究への参加を同意して下さった「瀬戸内乳がんコホート研究」の3回目～5回目調査用の質問票になります。

答えたくない質問にはお答えいただくなくてもかまいませんが、いただいた回答から食事に関しておひとりずつ栄養計算を行い、その結果を後日お送りしますので、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答えください。

お答えいただいたデータは、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。

以下、ご記入ください

この質問票を渡された日:

この質問票に回答した日:

年齢 (質問票に回答した日現在):

* 食品摂取状況の栄養計算に用います

コホート質問票番号
830001

ここ1年間の 日常生活や代替療法の利用について

○●○● 過去1年間の「身体の動かし方」 についてうかがいます ●○●○

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

仕事など時間の内訳	な か っ た	1 時 間 未 満	1時間	3時間	5時間	7時間	9時間	11時間	11
			以上 3時間 未 満	以上 5時間 未 満	以上 7時間 未 満	以上 9時間 未 満	以上 11時間 未 満	時間 以上	
通勤、仕事、家事などで 座っている時間	<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"/>
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"/>
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"/>	<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 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"/>	<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"/>
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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>



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	<input type="text"/>
牛肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
豚肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
鶏肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
卵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
牛乳・乳製品	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
豆腐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
納豆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
みそ汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
緑黄色野菜	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
果物	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
お酒	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
たばこ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>
一日の運動量	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後	<input type="text"/>

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

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

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	<input type="radio"/> プロポリス	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/> アガリクス	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/> イソフラボン	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>