

「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 (どちらが○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 | | | |

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

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

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

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"/> |

「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 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 円/月 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

現在の

ストレス、物ごとの考え方・お気持ちについて



〇●〇● ストレスについてうかがいます ●〇●〇

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。

| 乳がんになったことで ここ1年間に | できごとや状況の有無 | | そのことによって どの程度ストレスを感じましたか？ (感じていますか？) | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| | あてはまらない | あてはまる | 強い ストレスを 感じた (感じている) | 中程度の ストレスを 感じた (感じている) | 弱い ストレスを 感じた (感じている) | 全く ストレスを 感じなかった (感じていない) |
| 1. 仕事に困難が生じた | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 経済面で困難が生じた | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 社会活動や社会参加(町内 会活動、サークル活動、おけい こごとなど)の機会が減った | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. 家庭での役割(母親・妻など) に困難が生じた | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 趣味やたのしみが減った | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 家族との関係が悪化した | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 友人との関係が悪化した | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 再発など病気の悪化について の不安がある | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 性生活に困難が生じた | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 容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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 医療や治療に対する不満 がある | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 主治医など医療従事者との 関係に不満がある | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 好きなものを好きなだけ 食べられなくなった | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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)上にかかれた“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"/> |

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。

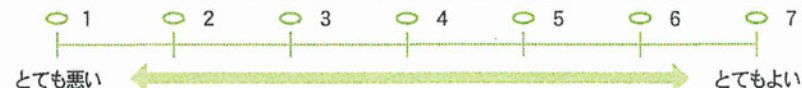
| 以下(1)~(12)のそれぞれの項目について、 あなたの現在のお気持ちにもっとも近いものを選んでください。 | とても そう思う | まあ そう思う | あまり そう 思わない | 全くそう 思わない |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| わたしは、 | | | | |
| (1)人生に対して前向きな見方をしている | <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。

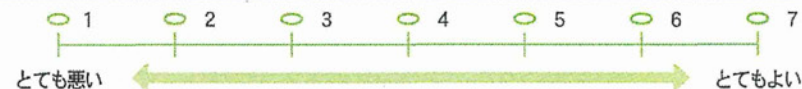
| | とても そう思う | まあ そう思う | あまり そう 思わない | 全くそう 思わない |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 精神的な強さが強くなった | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 人生を乗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"/> |

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。

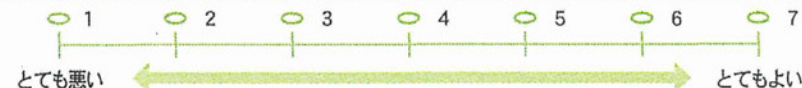
あなたの身体的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



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？



全員にうかがいます。

乳がんになって、家事をするうえで障害と感じていることは何ですか？
あてはまるものすべてマークしてください。

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 乳がん治療のための通院 | <input type="radio"/> 乳がん治療の後遺症や副作用 | <input type="radio"/> その他の病気や健康状態 |
| <input type="radio"/> 家族の協力が得られない | <input type="radio"/> 病気の不安 | <input type="radio"/> 情緒不安定 |
| <input type="radio"/> 気分の落ち込み | <input type="radio"/> 集中力の低下 | <input type="radio"/> 家事をする意欲の低下 |
| <input type="radio"/> その他 () | <input type="radio"/> 特に障害はない | |

これまで、あるいは今後、お仕事をするうえで、乳がんに関して障害と感じた(感じる)ことはありますか？あてはまるものすべてマークしてください。

*お仕事をしていない方・したいと思っていない方は、「もともと仕事をしたいと思っていなかった」をマークしてください。

- | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 乳がん治療のための通院 | <input type="radio"/> 乳がん治療の後遺症や副作用 | <input type="radio"/> その他の病気や健康状態 |
| <input type="radio"/> 家族の協力が得られない | <input type="radio"/> 雇用条件 | <input type="radio"/> 職場の人間関係 |
| <input type="radio"/> 職場の支援体制 | <input type="radio"/> 職場の休憩スペース | <input type="radio"/> 体調不良への対応 |
| <input type="radio"/> 病気の不安 | <input type="radio"/> 情緒不安定 | <input type="radio"/> 気分の落ち込み |
| <input type="radio"/> 集中力の低下 | <input type="radio"/> 仕事をする意欲の低下 | <input type="radio"/> 家事や育児の負担 |
| <input type="radio"/> その他 () | <input type="radio"/> 特に障害はない | |
| <input type="radio"/> もともと仕事をしたいと思っていなかった | | |

世帯年収(税込み)はどのくらいですか？

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> ~99万 | <input type="radio"/> 100~299万 | <input type="radio"/> 300~599万 | <input type="radio"/> 600~899万 |
| <input type="radio"/> 900~1199万 | <input type="radio"/> 1200万以上 | | |

現在働いている方のみにうかがいます。ご自身の過去1年間の収入(税込み)はどのくらいですか？

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> ~99万 | <input type="radio"/> 100~199万 | <input type="radio"/> 200~399万 | <input type="radio"/> 400~599万 |
| <input type="radio"/> 600~899万 | <input type="radio"/> 900万以上 | | |

あなたの医療保険について教えてください。

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 国民健康保険 | <input type="radio"/> 社会保険 | <input type="radio"/> 生活保護 | <input type="radio"/> 後期高齢者医療 | <input type="radio"/> 加入していない |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

薬の費用(治療費)が負担に感じたことがありますか？

- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 非常に感じた | <input type="radio"/> まあ感じた | <input type="radio"/> あまり感じない | <input type="radio"/> 全く感じない | <input type="radio"/> わからない |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

現在、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。

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

現在、あなたにとって生きるうえでの楽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 | | |

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="checkbox"/> 父・母 | <input type="checkbox"/> 配偶者・恋人 | <input type="checkbox"/> 子ども |
| <input type="checkbox"/> 孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 | <input type="checkbox"/> その他の親戚 |
| <input type="checkbox"/> 患者仲間 | <input type="checkbox"/> 仕事仲間 | <input type="checkbox"/> 友人・知人 |
| <input type="checkbox"/> 病院の医師 | <input type="checkbox"/> 病院の看護師 | <input type="checkbox"/> 病院の相談員 |
| <input type="checkbox"/> ボランティア | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 父・母 | <input type="checkbox"/> 配偶者・恋人 | <input type="checkbox"/> 子ども |
| <input type="checkbox"/> 孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 | <input type="checkbox"/> その他の親戚 |
| <input type="checkbox"/> 患者仲間 | <input type="checkbox"/> 仕事仲間 | <input type="checkbox"/> 友人・知人 |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 誰もいない | |

あなたが現在お住まいの都道府県をおしえてください。

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 都・道・府・県 |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------|

通院するのにかかる時間を教えてください。

- 30分以内 30分～1時間 1～2時間 2時間以上

通院が負担に思いますか？

- 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

現在の身長は？

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (小数点以下は四捨五入する) |
| | | | cm |

現在の腹囲（へそまわり）は？

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (小数点以下は四捨五入する) |
| | | | cm |

現在の体重は？

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (小数点以下は四捨五入する) |
| | | | kg |

1年前の体重は？

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (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()

ここ1カ月の健康状態について



○●○● 全般的な健康状態について ●○●○

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい。

あなたの健康状態は？（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

最高に良い とても良い 良い あまり良くない 良くない

1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

1年前より、はるかに良い 1年前よりは、やや良い 1年前と、ほぼ同じ
 1年前ほど、良くない 1年前より、はるかに悪い

以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動をするのがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。（ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい）

| | とても むずかしい | 少し むずかしい | ぜんぜん むずかしくない |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、1～2時間散歩するなど | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする（例えば買い物袋など） | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| エ) 階段を数階上までのぼる | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| オ) 階段を1階上までのぼる | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| キ) 1キロメートル以上歩く | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ク) 数百メートルくらい歩く | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ケ) 百メートルくらい歩く | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| コ) 自分でお風呂に入った、着がえたりする | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

過去1カ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい）

| | いつも | ほとんど いつも | ときどき | まれに | ぜんぜん ない |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ア) 仕事やふだんの活動をする時間をへらした | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| イ) 仕事やふだんの活動が思ったほど、 <u>できなかった</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ウ) 仕事やふだんの活動の内容によっては、 <u>できないものがあった</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| エ) 仕事やふだんの活動をするのが <u>むずかしかった</u> （例えばいつもより努力を必要としたなど） | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

過去1カ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために）、次のような問題がありましたか。（ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい）

| | いつも | ほとんど いつも | ときどき | まれに | ぜんぜん ない |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ア) 仕事やふだんの活動をする時間をへらした | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| イ) 仕事やふだんの活動が思ったほど、 <u>できなかった</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ウ) 仕事やふだんの活動がいつもほど、 <u>集中して</u> できなかった | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

過去1カ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

ぜんぜん、^{さまた}妨げられなかった わずかに、^{さまた}妨げられた 少し、^{さまた}妨げられた
 かなり、^{さまた}妨げられた 非常に、^{さまた}妨げられた

過去1カ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

ぜんぜんなかった かすかな痛み 軽い痛み
 中くらいの痛み 強い痛み 非常に激しい痛み

過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくらい妨げられましたか。（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

- ぜんぜん、妨げられなかった わずかに、妨げられた 少し、妨げられた
 かなり、妨げられた 非常に、妨げられた

次にあげるのは、過去1カ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。（ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい）

| | いつも | ほとんどいつも | ときどき | まれに | ぜんぜんない |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ア)元気がいっぱいでしたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| イ)かなり神経質でしたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ウ)どうにもならないくらい、気分がおちこんでいましたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| エ)おちついていて、おだやかな気分でしたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| オ)活力（エネルギー）にあふれていましたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| カ)おちこんで、ゆううつな気分でしたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| キ)疲れはてていましたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ク)楽しい気分でしたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ケ)疲れを感じましたか | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

過去1カ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか。（一番よくあてはまるものにマークして下さい）

- いつも ほとんどいつも ときどき まれに ぜんぜんない

次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものにマークして下さい）

| | まったく そのとおり | ほぼ あてはまる | 何とも 言えない | ほとんど あてはまら ない | ぜんぜん あてはまら ない |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ア)私は他の人に比べて病気になりやすいと思う | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| イ)私は、人並みに健康である | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ウ)私の健康は、悪くなるような気がする | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| エ)私の健康状態は非常に良い | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ごく最近の健康状態について



●●● 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。

各々のことがらについて

◎もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]

◎週のうち1～2日なら [B]

◎週のうち3～4日なら [C]

◎週のうち5日以上なら [D]

のところをマークして下さい。

| | この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 ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 2. 食べたくない。食欲が落ちた。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 5. 物事に集中できない。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 6. ゆうつだ。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 7. 何をするのも面倒だ。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 8. これから先のことについて積極的に考えることができる。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 9. 過去のことについてくよくよ考える。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 10. 何か恐ろしい気持ちがある。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 11. なかなか眠れない。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 12. 生活について不満なくすごせる。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 13. ふだんより口数が少ない。口が重い。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 14. 一人ぼっちでさびしい。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 15. 皆がよそよそしいと思う。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 16. 毎日が楽しい。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 17. 急に泣きだすことがある。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 18. 悲しいと感じる。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 19. 皆が自分をきらっていると感じる。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |
| 20. 仕事が手につかない。 | A ○ | B ○ | C ○ | D ○ |

●●●● 精神的な健康状態 ●●●●

次は、あなたご自身についての質問です。あまりじっくりと考えすぎずに、この一週間のことを思い起こして、それぞれについて、当てはまるものを1つずつお答え下さい。

緊張を感じるがありますか？

- ほとんどいつも緊張している ○ 緊張していることが多い
○ ときどき緊張する ○ 全く緊張しない

以前楽しんでいたことを現在も楽しめますか？

- 以前と全く同じように楽しめる ○ 以前ほど楽しめない
○ ほとんど楽しめない ○ 全く楽しめない

何かひどいことが今にも起こりそうな感じがしますか？

- はっきりと強く感じる ○ ある程度は感じる
○ 少々感じるが気にならない程度 ○ 全く感じない

物事をおもしろく感じたり、笑ったりできますか？

- 以前と同じように笑える ○ 以前ほどには笑えない
○ たまにしか笑えない ○ 全く笑えない

くよくよと考え込みますか？

- ほとんどいつも考え込んでいる ○ 考え込んでいることが多い
○ ときどき考え込む ○ ごくたまに考え込むことがある

機嫌良く過ごせていますか？

- いつも機嫌が悪い ○ 機嫌が悪いことのほうが多い
○ 機嫌が良いことのほうが多い ○ ほとんどいつも機嫌が良い

のんびりと腰を下ろしてくつろぐことができますか？

- いつもできる ○ できることが多い
○ あまりできない ○ 全くできない

身体の動きが遅くなったように感じていますか？

- ほとんどいつも
- そう感じる人が多い
- ときどき感じる
- 全く感じない

胸騒ぎを感じることはありませんか？

- 全く感じない
- 折りにふれて感じる
- 感じる人が多い
- ほとんどいつも感じる

自分の外見に関心がなくなりましたか？

- 明らかに関心がなくなった
- 自分の外見に十分な注意を払っていない
- 以前ほど注意を払っていない
- 今まで通りの注意を払っている

いつも動き回っていなければならないような落ち着かない気持ちですか？

- 全く落ち着かない
- かなり落ち着かない
- それほどでもない
- きわめて落ち着いている

これからのことが楽しみですか？

- 以前と同様に楽しみにしている
- 以前ほどには楽しみにはできない
- 以前と比べると明らかに楽しみでなくなった
- ほとんど楽しみにすることができない

とつぜん不安に襲われることがありますか？

- ほとんどいつも
- しばしば
- それほど多くない
- 全くない

良い本やラジオ・テレビの番組を楽しめますか？

- だいたい楽しめる
- ときどきは楽しめる
- あまり楽しめない
- ほとんど楽しめることはない

※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、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 腫にかゆみ、または痛みがある。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44 腫から出血がある。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45 腫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、ふさぎ込んでもいない
- 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

情報提供や支援へのご要望について



乳がんの診断後に、乳がんに関する情報として何が役に立ちましたか？
あてはまるものすべてマークしてください。

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

治療方法を決める時に、重視した項目は何ですか？あてはまるものすべてマークしてください。

- 治療効果
- 美容・整容性（見た目）
- 脱毛
- その他の副作用
- 現在の体調
- 金銭的負担
- 家事への影響
- 家庭への影響
- 仕事への影響
- 将来の妊娠・出産
- 主治医・担当医の意見
- 家族の意見
- 患者仲間の意見
- その他（ ）

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 | 情報の 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="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 緩和ケアや痛みの治療についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 乳房再建術についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 福祉制度についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <セルフケア> | | | | |
| 薬についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 症状への対応についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 患者会などセルフヘルプグループについての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 家族との接し方についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <日常生活> | | | | |
| 食事についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| サプリメントなど代替療法についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 衣類・下着・かつらなどについての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 結婚・性生活・妊娠などについての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 社会復帰についての情報 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ページ記号 ● ●

●●●● 最後に、支援へのご要望についてうかがいます ●●●●

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

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

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。

- メールによる相談
- F A X による相談
- 電話による相談
- 対面での相談
- その他（ ）
- 相談する必要はない

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 の 医 師 | 精 神 科 医 ・ 心 療 内 科 医 | 看 護 師 ・ 保 健 師 | ソ ー シ ヤ 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。

これで終わりです。

長い時間のご協力、ほんとうにありがとうございました。

ご記入漏れがないか、もう一度おたしかめいただき、
返信用封筒に入れてお送りくださいますようお願いいたします。

Appendix D

登録確認書

〇〇病院
〇〇〇〇先生

瀬戸内乳がんコホート研究事務局
FAX: 086-235-7268
TEL: 086-235-7265

瀬戸内乳がんコホート研究

登録票受領確認書

平素は瀬戸内乳がんコホート研究にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
お送りいただきました対象者登録票を拝受いたしました。
コホート登録IDを付記しておりますので、この用紙は大切に保管して下さい。

| | |
|-----------|-----------|
| 施設名: | 〇〇病院 |
| 担当医師名: | 〇〇〇〇先生 |
| 施設識別ID: | □□□□ |
| コホート登録ID: | 〇〇- △△△△ |
| 受領日: | 〇〇年〇〇月〇〇日 |

Appendix E

説明文書・同意書

瀬戸内乳がんコホート研究への 参加ご協力をお願い

瀬戸内乳がんコホート研究実行委員会

Ver 1.0 : 2012年11月6日

1. 研究の目的



乳がんは比較的治療後の経過のよいがんですが、再発を防ぐために、患者さんがどのような生活（食事や運動など、代替療法）を送ればよいのか、また、乳がんの診断や治療が、身体や心、社会生活にどのような長期的な影響を及ぼすかに関して、十分な科学的根拠が得られていません。

そこで私たちは、乳がん患者さんの生活習慣や心理的・社会的な状況がその後の経過（再発までの期間など）やQOL（クオリティオブライフ、生活の質）にどのような影響をおよぼすのか、また、乳がんの診断や治療が、身体の症状や機能、心理面や社会面にどのような長期的影響をおよぼすのかを調べる研究を計画いたしました。

この研究で得られる結果は、患者さんご自身やご家族、医療従事者などへの重要な情報発信となるとともに、重要な科学的根拠にもなります。さらに、乳がん患者さんが日常生活を送るうえで支障になることを把握し、患者さんの支援に役立てていく予定です。

2. 研究を行う背景・理由

1) 生活習慣

乳がんの予防については、これまでたくさんの研究が行われ、低脂肪食や大豆製品の摂取、肥満防止や運動などと、乳がんの予防との関連に関する科学的根拠が蓄積されています。それに比べると、乳がん患者さんにおける再発予防と食事や運動などの生活習慣との関係については、患者さんの関心が高いにも関わらず、十分に研究が行われていません。



2) サバイバーシップ・リサーチ

乳がんの治療成績は良好であり、乳がんと診断された後も適切な治療により病気を克服し、診断以前の日常生活をおくられる方々が多くいらっしゃいます。しかし、乳がんと診断されることは人生の中でも重大な出来事であり、同時に手術や薬物による乳がん治療は、何らかの副作用



を余儀なくされます。乳がんの診断や治療が、その後の生活にどのような心理面、身体面、機能面、社会面への影響が及ぶかを研究する分野を「サバイバーシップ・リサーチ」と言います。これらには、薬物療法による月経周期への影響、妊孕性の問題、化学療法による長期的な副作用（脱毛、神経のしびれ、味覚異常、倦怠感など）、職場復帰の問題などが含まれています。

3) ストレスなどの心理状態

乳がん患者さんの生活には、治療に関するだけでなく、仕事や家事、家庭生活、周囲の人たちとの関係などにおいて、さまざまなストレスが伴うことが知られています。また、将来に対して希望が持たなくなったり、うつ状態になってしまう患者さんも少なからずいらっしゃいます。



しかしながら、ストレスが多いことや将来に希望がもてないこと、うつ傾向にあることなどが、患者さんのその後の経過に影響を与えるのかどうかを明らかにする研究は十分に行われていません。そのため、患者さんの支援において、そのような心理状態に対するサポートが後まわしにされてしまう傾向にあります。

4) 本研究の概要

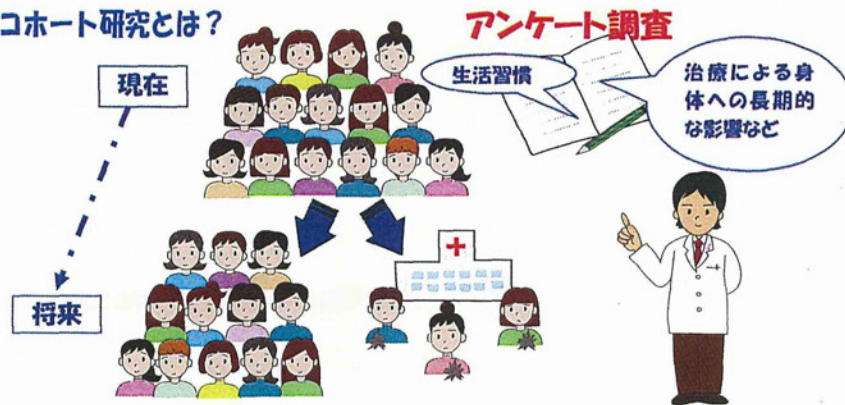
私たちは、以上のような現状を背景として、患者さんがご自身で行える再発予防の方法やQOLを高めるような方法を明らかにし、科学的な根拠に基づいた情報を提供するとともに、患者さんの支援に役立てるために、この研究を企画しました。

この研究では、乳がん患者さんにご協力いただき、診断を受ける前の1年間や手術を受けた後5年間の、生活習慣や日常生活の状況を調べ、その後、長期間にわたってその方々の健康状態を追跡して把握していきます。そのようにすることによって、乳がん診断後の生活習慣や、乳がんの診断と治療により影響を受けた身体の問題、社会生活の問題、心理状態などを明らかにし、その後の経過（再発までの期間など）やQOLとの関連を明らかにします。

この研究のために新たに何かを行っていただく必要はありませんので、普段どおりに生活していただいてもかまいません。

この研究のように、ある集団（コホート）について、コホート内の方々の生活習慣や環境要因などがどのように異なるのかをアンケート調査などによって調べ、それらの違い（ある食品を食べている人といない人など）によって、その後の経過がどのように変わっていくかを調べる研究をコホート研究と言います（このページの図をご参照ください）。この研究のように、多くの方々を対象とする大規模なコホート研究は、質の高い研究であると認められています。

コホート研究とは？



3. 研究施設と研究の対象者

この研究は、NPO 法人瀬戸内乳腺事業包括的支援機構に参加している、中国・四国地方の乳腺専門医療機関で実施されます。参加施設で手術を受ける予定の乳がん患者さんを対象に、研究へのご協力をお願いしています。診断時に遠隔臓器（骨や肺、肝臓など）に転移がみつかった患者さんは、この研究の対象になりません。研究期間は2012年からの10年間に2,000名の方に協力していただく予定です。

4. あなたにお願いすること・研究の方法

この研究の期間は10年間ですが、あなたに実際にお願いしたいことは、①手術前（初回治療前）、②初回治療後1年目、2年目、3年目、5年目に「生活に関する質問票」に回答していただくことです。また、抗がん剤治療を行われる方では、抗がん剤治療による影響を、より詳しく調査するため、抗がん剤治療が始まる前と終了した時に、同様の質問票への回答をお願いしています。すべてへのご回答をお願いしておりますが、体調がすぐれないなどの事情でどうしてもご回答いただけない場合は、無理をせず、可能な範囲でもかまいません。

質問票は、ご自宅などでお時間があるときに回答してください。手術前と1年目の質問票には多くの質問が盛り込まれているため、回答には時間がかかるといいます（その他の質問票は短めになります）。しかし、お尋ねする質問はいずれも、生活習慣や日常生活の実態を知るために最低限必要な情報です。また、これまでの研究によって、無駄な項目はなく、優れた質問票であることが確かめられています。研究の趣旨をご理解いただき、ぜひご協力くださいますようお願いいたします。

*質問票の配布と回収について

手術前の質問票と化学療法前後の質問票（化学療法を受けられる方のみ）は、担当医から直接あなたに手渡されます。質問票には個々に割り付けられた番号が記載されていますが、個人の特定につながる対応表は、研究の事務局で厳重に保管されていますので安心ください。個人の特定につながる名前、住所、電話番号などを質問票に記載する必要はありません。同時にお渡しします封筒に質問票を入れ、無記名で投函して下さい。質問票は東京のNPO 法人日本臨床研究支援ユニット（J-CRSU）のデータセンターに送付され、ここでデータの管理を行い、個人を特定する情報がないまま、治療情報やフォローアップ情報などと組み合わせます。その後、個人を特定する情報がないまま、共同研究を行う国立がん研究センターで解析が行われます。このように、匿名化という方法により質問票からあなたを特定することはできませんし、あなたを知る人が回答の内容を知ることはありません。

1年目以後の質問票の配布は、医療機関により異なりますのでご注意ください。

- 1年目以後の質問票の配布を（1年目、2年目、3年目、5年目）郵送にて実施する医療施設では、それぞれの調査時期に合わせて、ご自宅（あるいは送付希望先）に研究事務局から質問票を送付させていただきます。

参加に同意をいただけましたら、質問票の送付希望先をはがきに記載いただき、匿名化シールを貼付の後に、研究事務局まで郵送してください。質問票の配布、食品の摂取状況の集計結果の返送以外に、ご自宅に郵送物を配布することはありません。

- 1年目以後の質問票の配布を（1年目、2年目、3年目、5年目）、担当医からの手渡しで配布する施設では、手術前の調査と同様の手順です。

食品の摂取状況の集計結果の返送も、主治医を通じて行います。

*月経カレンダーについて

乳がん治療では、手術や薬物療法（ホルモン剤や化学療法）の影響で月経周期が不順になったり、無月経になったりすることが知られています。このため、通常より早くに閉経による更年期症状（ホットフラッシュなど）を自覚する場合があります。これらの症状により、日常生活に支障を来すことが有るかも知れません。一方、ホルモン受容体陽性乳がんの方では、早くに閉経した方が、治療成績が良いのではないかと考えられており、乳がんの治療後の月経状況を調査することは、非常に重要な研究課題となっています。

この研究では、登録時に閉経前の患者さん（過去1年間に月経のあった方）を対象に、月経カレンダーに月経のあった日を記載していただくようお願いしています。