

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

〇〇〇 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 ●〇〇〇

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	<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"/>

「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	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<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"/>	1 2 3 4 5 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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	<input type="radio"/> ヨガ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/> 鍼(はり)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/> 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"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>		<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"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>		<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"/>	<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 (どちらか一つにマーク)		<中止した方に> 中止した理由 (上記の選択肢から いくつでも選んでください)
				継続	中止	
1	年 月	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 ● ●

現在の
ストレス、物ごとの考え方・お気持ちについて



○●○● ストレスについてうかがいます ●○●○

乳がんになったことを原因とする、以下のようなできごとや状況が、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. 容姿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。

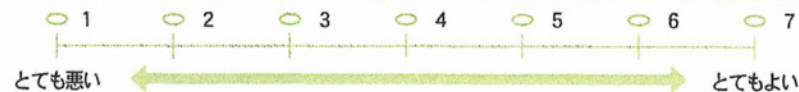
	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
わたしは、				
(1)人生に対して前向きな見方をしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2)短期、または長期の目標がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3)ひとりぼっちであるように感じる	<input type="radio"/>	<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っ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。

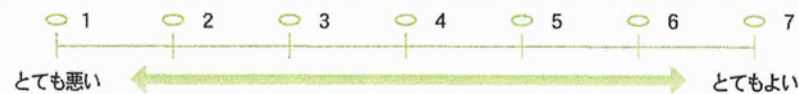
	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
精神的な強さが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人生を乗り越えていく自信が増した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
何事に対しても良い方向に考えるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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教えてください。

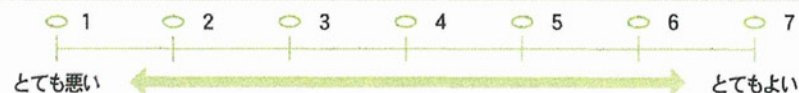
あなたの身体的な健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。



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？



現在の お仕事や社会活動、経済面について



〇〇〇● お仕事や家事についてうかがいます ●〇〇〇

乳がん診断時に従事していた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
- 専業主婦
- 常勤
- 無職
- 非正規従業員・パートタイマー

<お仕事をされていた方に> 乳がん診断時に従事して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
- 保安職
- その他 (
- 管理職
- 農林漁業職
- 事務職
- 運輸・通信職
- 営業販売職
- 生産・労務職
- サービス職

乳がんの診断後、お仕事(専業主婦も含む)に変化がありましたか？

- 新たに仕事を始めた
- 仕事量が増えた
- 変わらない
- 仕事量が減った
- 仕事を辞めた

乳がん診断後に、仕事量に変化した人のおうかがいします。仕事の変化に大きく影響した要因は何ですか？あてはまるものすべてマークしてください。

- 通院のため
- 家族の勧め
- その他 (
- 治療の後遺症や副作用のため
- 雇用者側の要因
- 仕事への意欲が低下したため
- 友人・知人の勧め

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。

- 無職 → 次ページにお進みください
- 自営業主 → 下の質問へ
- 非正規従業員・パートタイマー → 下の質問へ
- 専業主婦 → 次ページにお進みください
- 常勤 → 下の質問へ

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

現在のお仕事の職場や雇用形態について教えてください。

- 乳がん診断前と同じ職場で同じ雇用形態
- 乳がん診断前と同じ職場で雇用形態が変わった
- 乳がん診断前と異なる職場

現在の職場や雇用形態に満足ですか？

- 非常に満足
- まあ満足
- どちらとも言えない
- やや不満
- 非常に不満

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。

			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？

			(小数点以下は四捨五入する)
			cm

現在の腹囲(へそまわり)は？

			(小数点以下は四捨五入する)
			cm

現在の体重は？

			(小数点以下は四捨五入する)
			kg

1年前の体重は？

			(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り、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 <u>内容</u> によっては、できないものがあった	<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、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

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. 仕事の手につかない。	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 そう感じるが多い
 ときどき感じる 全く感じない

胸騒ぎを感じるがありますか？

- 全く感じない 折りにふれて感じる
 感じるが多い 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 女であると感ずることができる。	<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
- 現在の体調
- 家庭への影響
- 主治医・担当医の意見
- その他（ ）
- 美容・整容性（見た目）
- 金銭的負担
- 仕事への影響
- 家族の意見
- 脱毛
- 家事への影響
- 将来の妊娠・出産
- 患者仲間の意見
- その他の副作用

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="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"/>

●●● 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
- 対面での相談
- 相談する必要はない
- FAXによる相談
- その他（ ）
- 電話による相談

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								必要 ない
	主治 医	主治 医以 外	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 家 族	そ の 他	
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。

中央病院
〇〇〇〇先生

年 月 日
疫学データセンター
FAX:03-5298-8536
TEL:03-3254-8029
オペレーター:***

Appendix D

登録確認書

乳がん患者の多目的コホート研究NCC
(生活習慣や代替療法に関する質問票)

登録票受領確認書

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。
ありがとうございました。
今後ともよろしく願い申し上げます。

担当医師名： 〇〇先生

コホート質問票番号： 〇〇〇〇

登録番号： 〇〇〇〇

受領日： 年 月 日

Appendix E

説明文書・同意書