

乳がんになって以降今までに、得たものや学んだものがあつたと思えることはありますか？
あなたのお気持ちにもっとも近いものに1つずつマークしてください。

	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
精神的な強さが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人生を乗り越えていく自信が増した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
何事に対しても良い方向に考えるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
一日一日を過ごしていくことに対して大切に感じるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族との絆(関係)が強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
友人との絆(関係)が強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生きがいや人生のたのしみが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人や社会のために役に立ちたいという思いが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
日常生活において、健康に気をつけるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他()	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○●○● あなたと周りの人々との関係についてうかがいます ●○●○

あなたが必要とするとき、あなたの心配事や悩み事を聞いてくれたり、心の支えになってくれたりする人はいますか？
あてはまるものすべてにマークしてください。

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

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

<input type="radio"/> 父・母	<input type="radio"/> 配偶者・恋人	<input type="radio"/> 子ども
<input type="radio"/> 孫	<input type="radio"/> 兄弟姉妹	<input type="radio"/> その他の親戚
<input type="radio"/> 患者仲間	<input type="radio"/> 仕事仲間	<input type="radio"/> 友人・知人
<input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 誰もいない	

○●○● あなたご自身のことについてうかがいます ●○●○

現在の結婚状況についてお聞きします。1つだけマークしてください。

- 結婚・再婚・内縁 離婚 別居 死別
 未婚 その他()

現在、どなたと一緒に住まいですか？同居しているすべての人にマークしてください。

- 配偶者 子ども 孫 配偶者の親 自分の親 その他 独り暮らし

あなたはペットを飼っていますか？あてはまるものすべてにマークしてください。

- 何も飼っていない 犬 猫 鳥
 魚(熱帯魚など) その他()

犬の散歩をしていますか？	頻度					1日あたりの時間							
	していない	月に1回未満	月に1~3回	週に1~2回	週に3~4回	ほぼ毎日	していない	30分未満	30~59分	1~2時間未満	2~3時間未満	3~4時間未満	4時間以上
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

世帯年収(税込み)はどのくらいですか？

- 0~99万円 100~299万円 300~599万円
 600~899万円 900~1199万円 1200万円以上

学校教育はどのくらいまで受けられましたか？(専門学校は除きます)
1つだけマークしてください。

- 小学校 中学校 高校 短大卒・4年制大学中退
 4年制大学卒 修士または博士課程以上 その他()

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

- ほとんどしない 次へ
 月に1~3日 週に1~2日 週に3~4日 週に5~6日 毎日

やりとりをしている方は、1日あたりの利用時間をおしえてください。 時間

最も長く従事している(していた)お仕事についてうかがいます。従業上の地位を1つだけマークしてください。

- 自営業主 常勤 非正規従業員・パートタイマー
 専業主婦 無職

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

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

乳がんの診断後、治療や健康面の問題に関連して、お仕事(専業主婦も含む)に変化がありましたか?

- 仕事を新たに始めた 仕事の量を増やした 変わらない
 仕事の量を減らした 仕事を辞めた

現在のお仕事についてうかがいます。従業上の地位を1つだけマークしてください。

- 自営業主 常勤 非正規従業員・パートタイマー
 専業主婦 無職

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

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

日ごろ、あなたは、お仕事以外に社会活動や社会参加をしていますか?

あてはまるものすべてをマークしてください。

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

現在の身長は?	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	<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?	1年前の体重は?	20歳の頃の体重は?
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (小数点以下は四捨五入する) kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (小数点以下は四捨五入する) kg	<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 ()

身長が伸びるのが止まったのはいつ頃ですか?	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃
-----------------------	--

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

自分の歯または入れ歯で、左右の奥歯をしっかりと噛みしめることができますか?
<input type="radio"/> 両方できる <input type="radio"/> 片方だけできる <input type="radio"/> どちらもできない

歯医者さんから歯周病(歯槽膿漏(しそうのうろう))があるとされたことがありますか?
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

あなたの血液型をおしえてください。
<input type="radio"/> A型 <input type="radio"/> B型 <input type="radio"/> AB型 <input type="radio"/> O型 <input type="radio"/> わからない

あなたの毎日の生活は規則正しいですか?	<input type="radio"/> 規則正しい <input type="radio"/> 不規則である
---------------------	--

ふだんから健康に気をつけて何か心がけていることはありますか?
<input type="radio"/> たくさんある <input type="radio"/> 多少ある <input type="radio"/> 心がけているができていない <input type="radio"/> あまり気にしないようにしている <input type="radio"/> 興味がない

過去1年間についておたずねします。

春秋は、週に何日入浴しますか？シャワーのみも含みます。

ほとんど入らない 週1~2日 週3~4日 ほとんど毎日

そのうちで、湯ぶねにつかる頻度はどれくらいですか？

ほとんど入らない 週1~2日 週3~4日 ほとんど毎日

ふだん、お湯の温度はどれくらいですか？

ぬるめ ふつう あつめ

便通はどのくらいの頻度でありますか？

週に3回未満 週に3~4回 週に5~6回 毎日1回 毎日2回以上

ふだんの大便の状態は？

下痢便 軟便 普通の便 硬い便 特に硬い便 下痢と便秘を繰り返す

睡眠は通常どのくらいとっていますか？

5時間以下 6時間 7時間 8時間 9時間 10時間以上

通常、何時ごろ寝つきますか？

19時より前 20時 21時 22時 23時

0時 1時 2時 3時 4時以降

いびきをかきますか？

ほぼ毎日 ときどき かかない わからない

睡眠中に呼吸が止まるといわれたことがありますか？

ほぼ毎日 ときどき 全くない わからない

寝床についてから30分以内に眠れなかったことがありますか？

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

夜間または早朝に目が覚めたことがありますか？

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

朝起きたときにひどく疲れた感じがありましたか？

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

過去1ヶ月において、どのくらいの頻度で、眠るためにお酒を飲みましたか？

ほとんどなかった 週に1回未満 週1~2回 週3~4回 週5~6回 毎日

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

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

家族の中で次の病気にかかった人はいますか？いくつでもマークして下さい。

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

現在、医師から処方されて定期的に飲んでる薬がありますか？

ある ない → 次の質問へ

「ある」の場合、あてはまるすべてにマークして下さい。

高血圧の薬 コレステロールを下げる薬 その他 →

糖尿病の薬 痛風の薬 骨粗鬆症の薬

脳卒中の薬 うつの薬 血液を固まりにくくする薬(抗凝固剤)

薬の名称をご記入下さい

マーク不要

これまでにあなたは、下記の薬（医師から処方された薬、市販薬）を習慣的に（週に1回以上）使っていましたか？使用の有無をお答えください。また、使用していた方は、薬の名前と頻度、使用していた期間、現在も使用しているかについて、それぞれ1つずつお答えください。
*それぞれの薬のなかで、複数の薬を使用していた場合は、2つめの欄にお書きください。

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

●○○● 乳がんの手術についてうかがいます ●○○●

乳がんの手術について、あてはまるもの1つにマークしてください。

乳房切除術（全摘出）を受けた 乳房温存術（部分切除）を受けた その他（ ）

乳房再建術を受けましたか？

受けた 受けなかった

腋窩リンパ節郭清（わきのしたのリンパ節の切除）を受けましたか？

受けた 受けなかった

手術後に、放射線治療を受けましたか？

受けた 受けなかった

手術後に痛みや苦痛が生じることについて、手術の前に説明を受けていましたか？

十分受けた 受けたが十分でなかった 受けなかった

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

十分受けた 受けたが十分でなかった 受けなかった

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

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

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

全員の方に、リンパ浮腫やむくみの症状についてうかがいます。

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

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

手術を受けた側の腕の大きさには変化はありましたか？

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

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

術後()日ごろから()日間くらい 続いていた(いる)

リンパ浮腫の診断を受けましたか？

受けた 受けていない

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

↓

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

全くよくなかった ← → 完全に良かった

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある 少しある ない

全員の方にかがいます。

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

おおいにあった 少しあった なかった

↓

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

↓

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

全くよくなかった ← → 完全に良かった

現在、上記の痛みはありますか？

おおいにある 少しある ない

全員の方にかがいます。

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

おおいにあった 少しあった なかった

↓

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

↓

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

全くよくなかった ← → 完全に良かった

現在、上記の症状はありますか？

おおいにある 少しある ない

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

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

おおいにあった 少しあった なかった

↓

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

術後()日ごろから ()日間くらい 続いていた(いる)

頻度はどのくらいですか？

いつも ときどき たまに

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

受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

↓

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

全くよくなかった ← → 完全に良かった

現在、上記の痛みはありますか？

おおいにある 少しある ない

引き続き、乳房全摘出手術を受けた方にうかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった なかった

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、上記の症状はありますか？

- おおいにある 少しある ない

ここからは、全員の方にうかがいます。

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

- 同じように動かせた 少し動かしづらかった かなり動かしづらかった

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

- おおいにあった 少しあった なかった

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

次ページの質問に続きます。

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



現在、手術を受けた側の腕や肩を手術前と同じように動かすことができますか？

- 同じように動かせる 少し動かしづらい かなり動かしづらい

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

- おおいにある 少しある ない

全員の方にうかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった なかった

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

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

術後（ ）日ごろから（ ）日間くらい 続いていた（いる）

頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、お答えいただいた痛みや苦痛はありますか？

- おおいにある 少しある ない

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

全員の方にうかがいます。

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

- おおいにあった 少しあった ない

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

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

診断後（ ）日ごろから （ ）日間くらい 続いていた（いる）

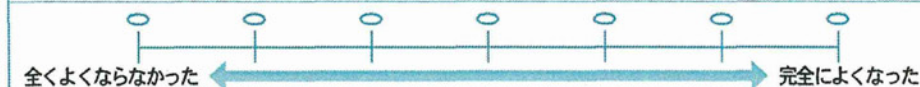
頻度はどのくらいですか？

- いつも ときどき たまに

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

- 受けた 受けたかったが、受けられなかった 受ける必要はなかった

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



現在、上記の痛みや苦痛はありますか？

- おおいにある 少しある ない

痛みや苦痛の有無に関わらず、全員の方にうかがいます

痛みや苦痛があったとき、そのことを主治医に相談しましたか？

- 相談した 相談しなかった 痛みや苦痛はなかった

<「相談した」と回答した方に>主治医は症状への対応を行いましたか？

- 十分行った 行ったが十分でなかった 行わなかった

全員の方にうかがいます。

今後、痛みや苦痛を和らげるための治療や処置を受けたいですか？

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

〇●〇● からだや心の状態についてうかがいます ●〇〇〇

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

※下記はあなたと同じ症状の方々が重要だと述べた事です。

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

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

【質問1】 移動の程度についておききます

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

【質問2】 身の回りの管理についておききます

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

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

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

【質問4】 痛み/不快感についておききます

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

【質問5】 不安/ふさぎ込みについておききます

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

以下の質問にあまり深く考えずに教えてください。
回答は3つの中から1つ選びマークしてください。

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

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

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？

●●● あなたが必要とする情報についてうかがいます ●●●

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

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

●●●● 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。

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

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

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

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

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

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

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

乳がんになったことと関連して、これまでに困ったことがありましたら、ご自由にお書きください。

Appendix C

<3~5回目調査用> 生活習慣に関する質問票

(対象者登録票を含む)

(担当医師による記入用)

切り離して FAX でお送りください (086-235-7268)

生活に関する質問票

< 3 ~ 5 回目調査用 >

質問票配布連絡票

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

瀬戸内乳がんコホート研究事務局 (岡山大学病院内)

FAX : 086-235-7268 電話 : 086-235-7265

受付時間 : 平日 10~18 時 (祝祭日、年末年始を除く)

施設名 :

担当医師名 :

被験者識別コード :

(患者 ID 等、施設内で設定したもの)

返信先の FAX 番号 :

コホート質問票番号
830001

(患者さんご本人記入用)

返信用封筒で郵送返却してください

生活習慣に関する質問票

< 3 ~ 5 回目調査用 >

この質問票は、日常生活についておたずねするものです。

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

答えたくない質問にはお答えいただくなくてもかまいませんが、いただいた回答から食事に関しておひとりずつ栄養計算を行い、その結果を後日お送りしますので、正確な結果をお返すするためにも、できるだけ記入漏れのないようお答えください。お答えいただいたデータは、研究の実行委員会によって厳重に管理され、個人が特定できないかたちで集計されるため、あなたのプライバシーは守られますのでご安心ください。

ぜひともご協力いただけますようお願いいたします。

以下、ご記入ください

この質問票を渡された日 :

この質問票に回答した日 :

年齢 (質問票に回答した日現在) :

* 食品摂取状況の栄養計算に用います

コホート質問票番号
830001

ここ1年間の 日常生活や代替療法の利用について



○●●● 過去1年間の「身体の動かし方」についてうかがいます ●○○○

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

仕事など時間の内訳	なかった	1時間未満	1時間以上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"/> ヶ月後
牛肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
豚肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
鶏肉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
魚介類（刺身、焼き魚、煮魚）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
卵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
牛乳・乳製品	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
豆腐	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
納豆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
みそ汁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
緑黄色野菜	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
果物	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
お酒	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
たばこ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後
一日の運動量	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> ヶ月後

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

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

●●●● 診断を受けて以降の代替療法の利用についてうかがいます ●●●●

健康補助食品や漢方薬、サプリメントなど、健康のために経口摂取するものについてうかがいます。ただし、病院から処方される薬剤は含めません。下の具体例を参考にしてください。

健康補助食品やサプリメントなどに興味はありますか？1つだけにマークしてください。

- おおいにある
- 少しある
- ない

乳がんの診断を受けて以降に、健康補助食品やサプリメントなどを使用したことがありますか？1つだけにマークしてください。

- ある
- ない

健康補助食品やサプリメントなどの具体例

健康補助食品
アガリクス、プロポリス、ベータグルカン、スピルリナ、青汁、クロレラ、イチョウ葉エキス、冬虫夏草、ゲルマニウム-132、SDD強化食品 など

漢方薬
(医師の処方による保険適用のものは含まない)

ビタミン剤、ミネラル剤、サプリメント
総合ビタミン（アリナミンA等）、
ビタミンB（チョコラBB等）、
ビタミンC（ハイシー等）、
ビタミンE（ユベラックス等）、
カルシウム、鉄、イソフラボン など

健康補助食品やサプリメントなどを「使用したことがある」と答えた方のみお答えください。

あなたが使用した健康補助食品やサプリメントなどについて、以下の質問にお答えください。4～8番は自由記載です。商品名がわからない場合は、上記の具体例を参考にしてください。

番号	商品名	会社名	使用頻度（1つだけマーク）					
			週に 1～2回	週に 3～4回	週に 5～6回	毎日 1回	毎日 2～3回	毎日 4回以上
1	<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 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
2	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
3	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
4	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
5	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
6	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
7	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○
8	年 ヶ月	1 2 3 ○ ○ ○	円/月	○	○	1 2 3 4 ○ ○ ○ ○

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	ヨガ		○	○	○	○	○	○
2	鍼(はり)		○	○	○	○	○	○
3	マッサージ		○	○	○	○	○	○
4			○	○	○	○	○	○
5			○	○	○	○	○	○
6			○	○	○	○	○	○
7			○	○	○	○	○	○
8			○	○	○	○	○	○

「始めた理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

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

「中止した理由」の選択肢

下の表にマークしてください。

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

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

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

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



〇〇〇● ストレスについてうかがいます ●〇〇〇

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、おれい 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. 容顔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. 好きなものを好きになだけ 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。

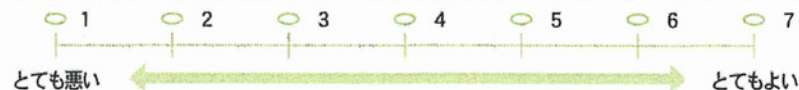
あなたの人生に対する感じ方についておうかがいます。	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
以下(1)～(12)のそれぞれの項目について、 <u>あなたの現在のお気持ちにもっとも近いもの</u> <u>を選んでください。</u>				
わたしは、				
(1)人生に対して前向きな見方をしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2)短期、または長期の目標がある	<input type="radio"/>	<input 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信じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(12)自分の人生が価値のある大切なものであると感じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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。

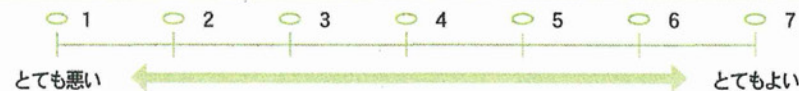
	とても そう思う	まあ そう思う	あまり そう 思わない	全くそう 思わない
精神的な強さが強くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人生を乗り越えていく自信が増した	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
何事に対しても良い方向に考えるようになった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>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

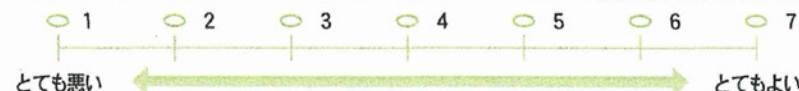
あなたの**身体的な健康状態**は全体としてどの程度だったでしょうか。



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？



現在の お仕事や社会活動、経済面について



○●●● お仕事や家事についてうかがいます ●○○○

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 常勤 非正規従業員・パートタイマー
 専業主婦 無職

<お仕事をされていた方に> 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 管理職 事務職 営業販売職 サービス職
 保安職 農林漁業職 運輸・通信職 生産・労務職
 その他 ()

乳がんの診断後、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、仕事量の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 治療の後遺症や副作用のため 仕事への意欲が低下したため
 家族の勧め 雇用者側の要因 友人・知人の勧め
 その他 ()

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 専業主婦 → 次ページにお進みください
 自営業主 → 下の質問へ 常勤 → 下の質問へ
 非正規従業員・パートタイマー → 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 管理職 事務職 営業販売職 サービス職
 保安職 農林漁業職 運輸・通信職 生産・労務職
 その他 ()

現在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