

乳がんと健康に関するアンケート調査

本調査票は、J-START の参加協力者様にお送りしております。この調査の主旨をご理解の上、是非、ご協力頂きますようお願い申し上げます。質問にできる限り正確にご記入のうえ、同意書と一緒に返信用封筒にいれポストに投函してください。お手紙を受け取ってから 2週間以内を目安にご返送いただければさいわいです。

〒113-0034 東京都江戸川区荒川町1-5-3 リバーサイドガーデンプレイス2101

湯島 花子 様

システム番号：***-***-*****-*/ 発送日：yyyy/mm/dd/ 種別：O3

※ご住所、ご氏名に変更がございましたら、下記をお願いします。また、間違いがございます場合は、赤ペンで直して下さい。

J-START にご参加頂き誠にありがとうございます。研究班が頂戴しております 湯島 花子 様の乳がん検診データは、2007/5/13、2009/7/26、および、2011/6/4 に研究施設（〇〇〇〇検診センター）で受けられた検診の結果です。2011/6/4 の検診結果は「要精密検査」でしたが、研究班は精密検査の結果を把握しておりません。

上記の要精密検査と言われた以降の、精密検査受診状況をお尋ねします。

精密検査を受診しましたか？

受診していない → 【問1】へお進みください。

はい、受診した

精密検査の結果を教えてください。

¹ 乳がんと診断され、治療を受けた（受ける予定である）

診断時期を教えてください、西暦 20 年 月 日頃

診断の医療機関名を教えてください。

医療機関名 _____

【問3】へお進みください

² 乳がんの疑いがあり、現在、経過観察に通院している（ ヶ月毎）

医療機関名 _____

³ 良性の診断だが、現在、経過観察に通院している（ ヶ月毎）

医療機関名 _____

⁴ 何度か通院したが、もう必要はないと診断された

⁵ 初回の診察で、通院の必要はないと診断された

⁶ 経過観察と指示されたが、受診していない

⁷ その他（ _____ ）

【問1】①J-START 参加（2007/5/13）以降、上記の検診のほかに受けられた乳がん検診がありましたか。

¹□いいえ → 【問2】へ

²□はい、計 _____ 回、乳がん検診を受けました

「はい」と答えた方には、検診の詳細をお聞きします。

1	<p>検診施設名を教えてください</p> <p>¹□〇〇〇〇検診センターの検診を受診した</p> <p>²□他の検診施設に受診した</p> <p>時期を教えてください 施設名をご記載ください (_____)</p> <p>20 年 月頃</p> <p>検査内容を教えてください（複数選択可）</p> <p>¹□視触診 ¹□マンモグラフィ ¹□乳房超音波検査 ¹□PET</p> <p>¹□CT ¹□MRI ¹□その他の検査 (_____)</p>
2	<p>検診施設名を教えてください</p> <p>¹□〇〇〇〇検診センターの検診を受診した</p> <p>²□他の検診施設に受診した</p> <p>時期を教えてください 施設名をご記載ください (_____)</p> <p>20 年 月頃</p> <p>検査内容を教えてください（複数選択可）</p> <p>¹□視触診 ¹□マンモグラフィ ¹□乳房超音波検査 ¹□PET</p> <p>¹□CT ¹□MRI ¹□その他の検査 (_____)</p>

②受診した乳がん検診の種類を教えてください（複数選択可）。

¹□行政から提供された住民検診

¹□自分の職場で受けた検診、または、扶養家族として受けた検診

¹□自分の判断で検診実施施設を探して受けた検診（検診費用はほぼ自己負担）

見本

③上記の乳がん検診について、一番、直近の検診結果を教えてください。

1 検診の結果は精密検査不要でした } → 【問2】へ

2 精密検査が必要と言われたが、受診していない

3 精密検査が必要と言われた、精密検査を受けた（受ける予定である）

精密検査の受診時期 西暦 20 年 月 日頃

精密検査の医療機関名 _____

④精密検査の結果を教えてください。

1 乳がんと診断され、治療を受けた（受ける予定である）

2 乳がんの疑いがあり、経過観察に通院している（ 月ごと）

3 良性の診断だが、経過観察に通院している（ 月ごと）

4 何度か通院したが、もう必要はないと診断された

5 初回の診察で、通院の必要はないと診断された

6 経過観察と指示されたが、受診していない

7 その他（ ）

⑤乳がんと診断された方にお伺いします。

診断時期 西暦 20 年 月 日頃

診断の医療機関は、上記の精密検査の医療機関と異なる場合、病院名を教えてください。

医療機関名 _____ → 【問3】へ

見本

【問2】2011/6/4の検診以降に、気になる症状で乳腺科の診療を受けたことがありましたか？

いいえ → 【問3】へ

はい

「はい」と答えた方には、診療の詳細をお聞きします。

受診時期 西暦 20____年 ____月 ____日頃

医療機関名 _____

①受診のきっかけとなった自覚症状はどのようなものでしたか？（複数回答可）

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 乳房のしこり | <input type="checkbox"/> 乳房の皮膚の変化（くぼみ、赤くはれる等） |
| <input type="checkbox"/> わきの下のしこり | <input type="checkbox"/> 乳首からの分泌液 |
| <input type="checkbox"/> 乳房の痛み | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |

②診察の結果を教えてください。

- 1 乳がんと診断され、治療を受けた（受ける予定である）
- 2 乳がんの疑いがあり、経過観察に通院している（ _____ ヶ月ごと）
- 3 良性の診断だが、経過観察に通院している（ _____ ヶ月ごと）
- 4 何度か通院したが、もう必要はないと診断された
- 5 初回の診察で、通院の必要はないと診断された
- 6 経過観察と指示されたが、受診していない
- 7 その他（ _____ ）

③乳がんと診断された方にお伺いします。

診断時期 西暦 20____年 ____月 ____日頃

診断された医療機関は、上記の初診の医療機関と異なる場合、病院名を教えてください。

医療機関名 _____



見本

◆あなたの健康状態についてお尋ねいたします。

【問3】2007/5/13にJ-START 研究ご参加されてから、現在までの間に、お医者さんから次の病気があると言われましたか？

いいえ → 次の質問へ

はい

「はい」と答えた方には、詳細をお聞きます。下記の疾患名にあてはまるものすべてにチェックをつけて下さい。

悪性腫瘍（複数回答可）

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乳がん | <input type="checkbox"/> 胃がん | <input type="checkbox"/> 肺がん | <input type="checkbox"/> 大腸がん | <input type="checkbox"/> 肝臓がん |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | <input type="checkbox"/> 子宮体がん | <input type="checkbox"/> 卵巣がん | <input type="checkbox"/> 甲状腺がん | |
| <input type="checkbox"/> その他のがん（ _____ ） | | | | |

悪性腫瘍以外の疾患（複数回答可）

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乳房良性疾患 | | | |
| <input type="checkbox"/> 乳腺症 | <input type="checkbox"/> 乳腺線維腺腫 | <input type="checkbox"/> 乳腺炎 | <input type="checkbox"/> 乳腺膿瘍 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺嚢胞・乳腺濃縮嚢胞 | | <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 | <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺過誤腫 | <input type="checkbox"/> その他の乳房良性疾患
（ _____ ） | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 | <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍（良性） | <input type="checkbox"/> 更年期障害 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 狭心症 |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 心不全 | <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ |
| <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 肝硬変 | <input type="checkbox"/> 腎炎 | <input type="checkbox"/> 腎不全 |
| <input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス（SLE） | <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 | | <input type="checkbox"/> 肺塞栓 |
| <input type="checkbox"/> 総合失調症 | <input type="checkbox"/> うつ病 | <input type="checkbox"/> 不眠症（睡眠障害） | <input type="checkbox"/> 自律神経失調 |
| <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 | |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 | <input type="checkbox"/> 良性的結節性甲状腺腫 | |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | | |
| <input type="checkbox"/> その他の疾患（ご記入ください）（ _____ ） | | | |

【問4】2007/5/13にJ-START 研究ご参加されてから、現在までの間に、お医者さんから処方されて定期的に飲んでる薬がありますか？

ない → 次の質問へ

ある

「ある」の場合、差し支えなければ、薬剤名を教えてください（複数回答可）

- | | | | |
|-----|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 薬剤名 | <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"/> _____ |

【問 10】2007/5/13 に J-START 研究にご参加されてから、現在までの間に、乳房の手術を受けたことがありますか？

なし →次の質問へ

あり

「あり」の場合、疾患名と手術の時期を教えてください。

良性腫瘍 (はい いいえ) 時期：西暦 _____年 _____月頃

乳腺炎 (はい いいえ) 時期：西暦 _____年 _____月頃

その他： _____ 時期：西暦 _____年 _____月頃

【問 11】今まで、乳房に異常があつて診断のために、針を刺した検査や、外科的に切開し乳房組織をとる検査を受けたことがありますか？（「あり」の場合、複数回答可）

なし →次の質問へ

あり J-START 研究参加 (2007/5/13) の以前に受けた

J-START 研究参加 (2007/5/13) 以降、現在までの間に受けた

J-START 研究参加 以降、「あり」と答えた方には、検査名をお尋ねします。
あてはまるものすべてにチェックをつけて頂き、回数を教えてください。

検査名がわからない 回数 _____回

検査名を知っている

① 穿刺吸引細胞診 なし あり 回数 _____回

② 経皮的針生検 なし あり 回数 _____回

③ マンモトーム™生検 なし あり 回数 _____回

④ 外科切開生検 なし あり 回数 _____回

「あり」の場合、一度でも、乳房の 異型過形成と診断されたことがありますか？

なし →次の質問へ

わからない

はい、あつた

① 診断時期：西暦 20 _____年 _____月 _____日頃

② 診断時期：西暦 20 _____年 _____月 _____日頃



見本

◆あなたの生活習慣やご自身のことについてお尋ねいたします。

【問 12】 あなたの今の身長と体重はどのくらいですか？

身長 _____ cm 体重 _____ kg

【問 13】 20 歳頃の体重はどれくらいでしたか？

20 歳ごろの体重 _____ kg

身長の伸びが止まったのは何歳頃でしたか？ _____ 歳

【問 14】 たばこについてお尋ねします。

① あなたはたばこを吸いますか？

¹□以前から吸わない → 次の質問へ

²□以前は吸っていたがやめた。やめる前の一日平均 _____ 本程度、やめたのは _____ 年前

³□現在、吸っている（一日平均 _____ 本程度）

② 家庭や職場やお店などで、他人のたばこの煙をすう機会（一日 1 時間以上）はどのくらいありましたか？

10 歳のころ	¹ □ほとんどない	² □月 1～3 日	³ □週 1～4 日	⁴ □ほとんど毎日
30 歳のころ	¹ □ほとんどない	² □月 1～3 日	³ □週 1～4 日	⁴ □ほとんど毎日
現在	¹ □ほとんどない	² □月 1～3 日	³ □週 1～4 日	⁴ □ほとんど毎日

【問 15】 あなたはお酒を飲みますか？

¹□以前から飲まない → 次の質問へ

²□以前はよく飲んでいましたが今は飲まない。やめた時は何歳でしたか？ _____ 歳

³□よく飲む ¹□週に 5 日以上 ²□週に 3～4 日 ³□週に 1～2 日 ⁴□週に 1 日未満

現在、または過去に飲んでいて、1 日に飲む、もっとも普通の組み合わせを選んで下さい

日本酒 1 合 (180mL) で								
¹ □飲まない	² □0.5 合未満	³ □1 合	⁴ □2 合	⁵ □3 合	⁶ □4 合	⁷ □5～6 合	⁸ □7 合以上	
ビール 缶ビール (350mL) で								
¹ □飲まない	² □0.5 本未満	³ □1 本	⁴ □2 本	⁵ □3 本	⁶ □4 本	⁷ □5～6 本	⁸ □7 本以上	
ワイン グラス (60mL) で								
¹ □飲まない	² □0.5 杯未満	³ □1 杯	⁴ □2 杯	⁵ □3 杯	⁶ □4 杯	⁷ □5～6 杯	⁸ □7 杯以上	
ウイスキー シングル (30ml) で								
¹ □飲まない	² □0.5 杯未満	³ □1 杯	⁴ □2 杯	⁵ □3 杯	⁶ □4 杯	⁷ □5～6 杯	⁸ □7 杯以上	
焼酎・泡盛 原液 1 合 (180ml) で								
¹ □飲まない	² □0.5 合未満	³ □1 合	⁴ □2 合	⁵ □3 合	⁶ □4 合	⁷ □5～6 合	⁸ □7 合以上	

見本

【問 16】 定期的な運動はしていますか？

- ¹□運動している (¹□週 5 日以上 ²□週 3・4 日 ³□週 1・2 日 ⁴□週 1 日未満)

どんな運動を 1 回に、何分間くらいしていますか

運動： _____ 1 回 _____ 分

運動： _____ 1 回 _____ 分

- ²□定期的な運動は現在していない

【問 17】 ふだん 1 日に仕事をふくめて体を動かす時間はどれくらいですか？

筋肉労働や激しいスポーツは ¹□なし ²□1 時間未満 ³□1 時間以上

座っている時間は ¹□3 時間未満 ²□3～8 時間未満 ³□8 時間以上

歩いたり立っている時間は ¹□1 時間未満 ²□1～3 時間未満 ³□3 時間以上

【問 18】 あなたはピル（経口避妊薬）を服用したことがありますか？

¹□なし → 次の質問へ

²□以前は服用していたがやめた

服用時期は、西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月頃

³□現在、服用している

服用の開始時期は、西暦 _____ 年 _____ 月頃から

【問 19】 あなたは女性ホルモン療法を受けたことがありますか？

¹□なし → 次の質問へ

²□あり

¹□以前は、服用していたがやめた

²□現在は服用している

「あり」の場合、差し支えなければ、薬剤名と服薬期間を教えてください。

薬剤名 _____ 期間 西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月頃

薬剤名 _____ 期間 西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月頃

「あり」の場合、処方された理由を教えてください（複数選択可）。

¹□更年期障害の治療 ¹□骨粗鬆症の予防 ¹□不妊治療

¹□その他 _____

見本

【問 20】 睡眠時間は通常どのくらいですか？

5 時間以下 6 時間 7 時間 8 時間 9 時間 10 時間以上

【問 21】 日常、あなたの受けるストレスは多いと思われませんか？

少ない 普通 多い

【問 22】 最終学歴はつぎのいずれですか。差し支えなければ、教えてください。

中学校 高校 短大・専門学校 大学以上 その他

これで終わりです。長い時間のご協力をありがとうございました。

記入もれがないか、もう一度ご確認ください。

記入日 西暦 _____年 _____月 _____日

記入の所要時間： _____分

ご質問や不明な点などがありましたら、以下にお書き下さい。

問い合わせ先

J-START 研究中央データセンター 研究コールセンター

TEL：0120-717-411、0120-711-595

月曜日～金曜日、10:00～17:00（祝祭日・年末年始除く）

メールアドレス：senryaku-support@crsu.org