

## 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。

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 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 \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 何度か通院したが、もう必要はないと診断された

<sup>5</sup> 初回の診察で、通院の必要はないと診断された

<sup>6</sup> 経過観察と指示されたが、受診していない

<sup>7</sup> 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。

<sup>1</sup>□いいえ → 【問2】へ

<sup>2</sup>□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><sup>1</sup>□〇〇〇〇検診センターの検診を受診した</p> <p><sup>2</sup>□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><sup>1</sup>□視触診      <sup>1</sup>□マンモグラフィ      <sup>1</sup>□乳房超音波検査      <sup>1</sup>□PET</p> <p><sup>1</sup>□CT      <sup>1</sup>□MRI      <sup>1</sup>□その他の検査 ( _____ )</p>
2	<p>検診施設名を教えてください</p> <p><sup>1</sup>□〇〇〇〇検診センターの検診を受診した</p> <p><sup>2</sup>□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><sup>1</sup>□視触診      <sup>1</sup>□マンモグラフィ      <sup>1</sup>□乳房超音波検査      <sup>1</sup>□PET</p> <p><sup>1</sup>□CT      <sup>1</sup>□MRI      <sup>1</sup>□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）。

<sup>1</sup>□行政から提供された住民検診

<sup>1</sup>□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

<sup>1</sup>□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）

乳房のしこり  乳房の皮膚の変化（くぼみ、赤くはれる等）

わきの下のしこり  乳首からの分泌液

乳房の痛み  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

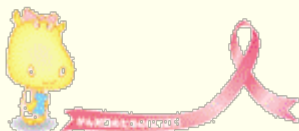
7 その他（ \_\_\_\_\_ ）

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）**

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<br>（ _____ ） |                                 |                               |

- |   |                                   |                                     |                                   |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <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"/> _____ |

**見本**

【問5】 現在、以下の自覚症状がありますか？

<sup>1</sup>□なし →次の質問へ

<sup>2</sup>□あり

「あり」の場合、あてはまるものすべてにチェックをつけて下さい（複数回答可）。

<sup>1</sup>□乳房のしこり

<sup>1</sup>□乳房の皮膚の変化（くぼみ、赤くはれる等）

<sup>1</sup>□わきの下のしこり

<sup>1</sup>□乳首からの分泌液

<sup>1</sup>□乳房の痛み

<sup>1</sup>□その他（ \_\_\_\_\_ ）

【問6】 現在、生理はありますか？

ある <sup>1</sup>□規則的 <sup>2</sup>□月経不順

なし（無月経が1年以上）

<sup>3</sup>□自然に閉経

閉経したのは何歳の時でしたか？ \_\_\_\_\_ 歳

<sup>4</sup>□手術などで閉経

手術された部位は <sup>1</sup>□子宮 <sup>1</sup>□卵巣 <sup>1</sup>□その他 \_\_\_\_\_ <sup>1</sup>□わからない

手術されたのは何歳の時でしたか？ \_\_\_\_\_ 歳

【問7】 今までの妊娠・出産歴をお教えて下さい（可能であれば記入をお願いします）。

妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回（1回もない場合は“0”と記入して下さい）

出産回数 \_\_\_\_\_ 回（1回もない場合は“0”と記入して下さい）

初回出産年齢 \_\_\_\_\_ 歳

【問8】 母乳育児をしたことがありますか？（可能であれば記入をお願いします）

<sup>1</sup>□なし →次の質問へ

<sup>2</sup>□あり

「あり」の場合は、お子様に授乳したトータルの期間（月数）を教えてください。

合計で約 \_\_\_\_\_ カ月

【問9】 乳がん家族歴を教えてください。

<sup>1</sup>□なし →次の質問へ

<sup>2</sup>□あり

「あり」の場合、該当する家族の記入をお願いします。（複数回答可）

<sup>1</sup>□母

<sup>1</sup>□姉妹（計 \_\_\_\_\_ 名）

<sup>1</sup>□娘（計 \_\_\_\_\_ 名）

<sup>1</sup>□父/兄弟/息子（計 \_\_\_\_\_ 名）

<sup>1</sup>□祖母/おば/めい/孫※（計 \_\_\_\_\_ 名）

※お孫様の場合は男女の性別を問いません。

<sup>1</sup>□上記以外の血縁者（計 \_\_\_\_\_ 名）

【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？

<sup>1</sup>□以前から吸わない → 次の質問へ

<sup>2</sup>□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

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

【問 15】 あなたはお酒を飲みますか？

<sup>1</sup>□以前から飲まない → 次の質問へ

<sup>2</sup>□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

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

現在、または過去に飲んでいた、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								
<sup>1</sup> □飲まない	<sup>2</sup> □0.5 合未満	<sup>3</sup> □1 合	<sup>4</sup> □2 合	<sup>5</sup> □3 合	<sup>6</sup> □4 合	<sup>7</sup> □5～6 合	<sup>8</sup> □7 合以上	
ビール 缶ビール (350mL) で								
<sup>1</sup> □飲まない	<sup>2</sup> □0.5 本未満	<sup>3</sup> □1 本	<sup>4</sup> □2 本	<sup>5</sup> □3 本	<sup>6</sup> □4 本	<sup>7</sup> □5～6 本	<sup>8</sup> □7 本以上	
ワイン グラス (60mL) で								
<sup>1</sup> □飲まない	<sup>2</sup> □0.5 杯未満	<sup>3</sup> □1 杯	<sup>4</sup> □2 杯	<sup>5</sup> □3 杯	<sup>6</sup> □4 杯	<sup>7</sup> □5～6 杯	<sup>8</sup> □7 杯以上	
ウイスキー シングル (30ml) で								
<sup>1</sup> □飲まない	<sup>2</sup> □0.5 杯未満	<sup>3</sup> □1 杯	<sup>4</sup> □2 杯	<sup>5</sup> □3 杯	<sup>6</sup> □4 杯	<sup>7</sup> □5～6 杯	<sup>8</sup> □7 杯以上	
焼酎・泡盛 原液 1 合 (180ml) で								
<sup>1</sup> □飲まない	<sup>2</sup> □0.5 合未満	<sup>3</sup> □1 合	<sup>4</sup> □2 合	<sup>5</sup> □3 合	<sup>6</sup> □4 合	<sup>7</sup> □5～6 合	<sup>8</sup> □7 合以上	



**見本**

【問 16】 定期的な運動はしていますか？

- <sup>1</sup>□運動している (<sup>1</sup>□週 5 日以上    <sup>2</sup>□週 3・4 日    <sup>3</sup>□週 1・2 日    <sup>4</sup>□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

- <sup>2</sup>□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    <sup>1</sup>□なし    <sup>2</sup>□1 時間未満    <sup>3</sup>□1 時間以上

座っている時間は    <sup>1</sup>□3 時間未満    <sup>2</sup>□3～8 時間未満    <sup>3</sup>□8 時間以上

歩いたり立っている時間は    <sup>1</sup>□1 時間未満    <sup>2</sup>□1～3 時間未満    <sup>3</sup>□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？

<sup>1</sup>□なし → 次の質問へ

<sup>2</sup>□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

<sup>3</sup>□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？

<sup>1</sup>□なし → 次の質問へ

<sup>2</sup>□あり

<sup>1</sup>□以前は、服用していたがやめた

<sup>2</sup>□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）。

<sup>1</sup>□更年期障害の治療    <sup>1</sup>□骨粗鬆症の予防    <sup>1</sup>□不妊治療

<sup>1</sup>□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。

1 中学校    2 高校    3 短大・専門学校    4 大学以上    5 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