

## Family PaC Study 詳細質問票

被記入者の【JFPCR ID:        -        -        -        】※施設研究者記入

回答者の【JFPCR ID:        -        -        -        】※施設研究者記入

質問がたくさんありますが、できる限りご記入をお願いします。回答がわからない質問もあると思いますが、私たちの研究にとっては、どのような情報でも重要になります。わかる範囲で構いませんのでご記入下さい。また、ご記入いただいた情報について、問い合わせをさせていただくこともあります。

記入日：        年        月        日

回答者（あなた）のお名前：        イニシャル：姓（        ）名（        ）

記入者：  回答者（あなた）自身         代理（               自署）

施設研究者（               自署）

この質問票は、私たちの研究に参加いただくことに同意された方（研究の説明文書をお読みになり、同意文書にサインされた方）にお渡ししています。同意書の提出がまだの方は、まず先にこの研究に関する説明を十分確認いただいてからご参加を検討ください。

この質問票は、回答者（あなた）があなた自身のことを回答する場合と、あなたがご家族のことを回答する場合があります。該当する欄にチェック・記入をお願いします。

回答者（あなた）があなた自身のことを回答

回答者（あなた）がご家族のことを回答



そのご家族について、下記を記入ください

イニシャル：姓（        ）名（        ）

あなたとの続柄：        生年月：        年        月

ご家族・親せきの中だけで使われているキーワード（あだ名など）があればご記入下さい。フルネームはご遠慮下さい。        （        ）

今の状況： ご健在

ご逝去（        歳・        年        月        ）

（これ以降の質問にはこの方についての情報を回答ください。）

## 基本情報

1. 日本人ですか? はい ・ いいえ

※「いいえ」の場合は詳細をお願いします。

( )

2. 3世代（曾祖父-ひいおじいさん/曾祖母-ひいおばあさん）前までに、  
日本人以外の人はいいますか? はい ・ いいえ

3. 「はい」の場合は詳細をお願いします。（例：曾祖父-ロシア人 祖母-プエルトリコ人）

[ ]

4. 性別: 男性 ・ 女性

5. 血液型: \_\_\_\_\_ 型 (Rh \_\_\_\_\_)

6. 身長、体重

現在の身長: \_\_\_\_\_ cm ・ わからない

現在の体重: \_\_\_\_\_ Kg ・ わからない

20歳時の身長: \_\_\_\_\_ cm ・ わからない

20歳時の体重: \_\_\_\_\_ Kg ・ わからない

7. 最終学歴を以下から選んでください。

[ 中学卒業 ・ 高校卒業 ・ 専門学校または短大卒 ・ 大学卒業 ・ 大学院以上 ]

8. 最も長期間就いていた職業についてご記入ください。

職業形態:

①正社員 (一般社員・管理職・会社員・短時間正社員 など)

②非正社員 (パートタイム・有期契約・派遣・嘱託 など)

③個人自営業・家族従業 (専業農家 を含む)

④専業主婦

⑤無職

就業期間: \_\_\_\_\_ 年

職務内容: \_\_\_\_\_

## 医療歴について

1. 膵癌（膵腫瘍）と診断されたことはありますか                    はい ・ いいえ  
※「はい」の方は下記の質問に、「いいえ」の方は5以降をお答え下さい

2. 膵癌と診断されたのはいつですか    年   月   日                    歳 ・ わからない

3. 膵癌と診断された病院名・住所・主治医のお名前をご記入ください。

病院名： \_\_\_\_\_

主治医のお名前： \_\_\_\_\_ ・ わからない

4. 体重・身長についてわかる範囲でお答えください。

- ・ 膵癌発症時の身長： \_\_\_\_\_ cm ・ わからない
- ・ 膵癌発症時の体重： \_\_\_\_\_ Kg ・ わからない
- ・ 膵癌と診断される2年前の体重 \_\_\_\_\_ Kg ・ わからない

5. 他のがんまたは腫瘍があると診断されたことはありますか。

\_\_\_\_\_ はい ・ いいえ ・ わからない

「はい」の場合

| 診断病名 | 病院名 | 診断日       | 年齢 |
|------|-----|-----------|----|
|      |     | 年   月   日 |    |
|      |     | 年   月   日 |    |
|      |     | 年   月   日 |    |
|      |     | 年   月   日 |    |

6. 今までに下記の疾患または病気の診断や手術を受けたことがありますか

※当てはまるところに○印を付けてください

|                         | はい | いいえ | わから<br>ない | 診断や手術を<br>受けた時の年齢 | 治療の内容や手術の理由<br>などの詳細   |
|-------------------------|----|-----|-----------|-------------------|------------------------|
| Ⅱ型糖尿病<br>(生活習慣病としての糖尿病) |    |     |           |                   | インスリン □有□無□不明<br>他の治療： |
| I型糖尿病<br>(膵臓の障害による糖尿病)  |    |     |           |                   |                        |
| 膵炎                      |    |     |           |                   |                        |
| 他の膵疾患:膵嚢胞/IPMN※         |    |     |           |                   |                        |
| 心臓の病気                   |    |     |           |                   |                        |
| 肝臓の病気                   |    |     |           |                   |                        |
| 腎臓の病気                   |    |     |           |                   |                        |
| 腹部の外科手術                 |    |     |           |                   |                        |
| 胆石                      |    |     |           |                   |                        |
| 胆嚢の外科手術                 |    |     |           |                   |                        |
| 関節異常                    |    |     |           |                   |                        |
| 胆管の異常                   |    |     |           |                   |                        |
| 胃炎                      |    |     |           |                   |                        |
| 胃・十二指腸潰瘍                |    |     |           |                   |                        |
| 逆流性食道炎                  |    |     |           |                   |                        |
|                         |    |     |           |                   |                        |

※膵管内乳頭粘液性腫瘍 (Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm)

下記の薬について、当てはまるものに○印を記入ください

|                            | 現在使用し<br>ている | 以前使用し<br>ていた | 使用して<br>いない |
|----------------------------|--------------|--------------|-------------|
| インスリン注射                    |              |              |             |
| 血糖値を下げる薬 (糖尿病の薬でインスリン注射以外) |              |              |             |
| コレステロールや中性脂肪を下げる薬          |              |              |             |
| 血液を固まりにくくする薬               |              |              |             |
| 解熱鎮痛剤 (痛み止めや熱さまし)          |              |              |             |
| 睡眠薬・睡眠誘導薬                  |              |              |             |
| 抗不安薬・抗うつ薬                  |              |              |             |
| 抗てんかん薬                     |              |              |             |
| 骨粗しょう症の薬                   |              |              |             |
| ステロイド (内服)                 |              |              |             |

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| 吸入薬    |  |  |  |
| 逆流性食道炎 |  |  |  |
| その他（ ） |  |  |  |

### ピロリ菌について

1. ピロリ菌感染の診断を受けた事がありますか。 はい ・ いいえ ・ わからない
2. 1が「はい」の場合、それはいつですか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. ピロリ菌の除菌治療を受けましたか。 はい ・ いいえ ・ わからない
4. 3が「はい」の場合、それはいつですか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
5. 除菌治療は成功しましたか。 成功 ・ 不成功 ・ わからない

### 遺伝カウンセリングについて

1. 遺伝カウンセリングを受けた事がありますか。 はい ・ いいえ
2. 1が「はい」の場合、それはいつですか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
その中で膵癌に関する説明はありましたか。 はい ・ いいえ
3. 遺伝性疾患はありますか。 はい ・ いいえ
4. 「はい」の場合の遺伝性疾患の名前 \_\_\_\_\_
5. 判明している変異遺伝子名 \_\_\_\_\_

変異部位(わかれば) \_\_\_\_\_

## 喫煙歴について

20歳以上の方のみご記入ください。該当する口にチェックを入れてください。

に数字を入れてください

|  |  |
|--|--|
| 生まれてからこれまでに、合計して少なくとも100本以上のたばこを吸っていますか？   |  |
| <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ   |
| ↓  |  |
| 現在もたばこを吸っていますか？  |  |
| <input type="checkbox"/> 吸っている   | <input type="checkbox"/> やめた   |
| ↓  | 何歳の時たばこをやめましたか？  |
| ↓  | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 歳 |
| ↓  | ↓  |
| 何歳から吸い始めましたか？  | 何歳から吸い始めましたか？  |
| <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 歳 | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 歳 |
| ↓  | ↓  |
| 一日何本吸いますか？   | 一日何本吸っていましたか？  |
| <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 本 | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 本 |
|  | →  |
|  | やめた理由は何ですか？  |
|  | <input type="checkbox"/> 病気をしたから   |
|  | <input type="checkbox"/> 病気はしないが健康に悪いから  |
|  | <input type="checkbox"/> その他（経済的理由など）  |

## 受動喫煙について

たばこを吸う他人と同じ部屋（自宅や職場）で定期的に1日に1時間以上過ごした時期がありますか（ありましたか）？ 該当する部分に○印を記入ください。

| あなたの年齢が  | なし | あり |     |       |            |
|----------|----|----|-----|-------|------------|
|          |    | 親  | 配偶者 | 職場の同僚 | その他（関係を記入） |
| 0～10歳の時  |    |    |     |       |            |
| 11～20歳の時 |    |    |     |       |            |
| 21～30歳の時 |    |    |     |       |            |
| 31～40歳の時 |    |    |     |       |            |
| 41～50歳の時 |    |    |     |       |            |
| 51～60歳の時 |    |    |     |       |            |
| 61歳からの時  |    |    |     |       |            |

## 飲酒習慣について

20歳以上の方のみご記入ください。該当する□にチェックを入れてください。

□□ に数字を入れてください

|   |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 現在、お酒を飲みますか？  |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲む   | <input type="checkbox"/> やめた    | <input type="checkbox"/> 飲まない               |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| 何歳の時お酒をやめましたか？  |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td></tr></table> 歳   |                                 | □   | □                                 |                               |                             |                             |                               |                               |
| □   | □                               |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| やめた理由は何ですか？   |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 病気をしたから  |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 病気はしないが健康に悪いから   |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> その他（経済的理由など）   |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
|   |                                 | 次の質問へ                                       |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| どのくらいの頻度で飲みますか？（やめた方は飲んでいただ頃のことを書いてください。）   |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない   | → 次の質問へ                         |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 月に1～3日   | <input type="checkbox"/> 週に1～2日 | <input type="checkbox"/> 週に3～4日             | <input type="checkbox"/> 週に5～6日   | <input type="checkbox"/> 毎日飲む |                             |                             |                               |                               |
| 1日に飲む、もっとも普通の組み合わせを選んで下さい。  |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| (例) ふだんビールを大ビン1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら「ビール」のところの「1本」と、「日本酒」のところの2合をぬりつぶし、「焼酎・泡盛」「ウィスキー」「ワイン」のところは「飲まない」をぬりつぶす。 |                                 |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| 日本酒   | 1合(180ml)                       |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 0.5合未満 | <input type="checkbox"/> 0.5～1合未満           | <input type="checkbox"/> 1合       | <input type="checkbox"/> 2合   | <input type="checkbox"/> 3合 | <input type="checkbox"/> 4合 | <input type="checkbox"/> 5合以上 |                               |
| 焼酎・泡盛   | 原液 1合(180ml)で                   | (チューハイ350ml缶 1本を 0.7合と換算して下さい)              |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 0.5合未満 | <input type="checkbox"/> 0.5～1合未満           | <input type="checkbox"/> 1合       | <input type="checkbox"/> 2合   | <input type="checkbox"/> 3合 | <input type="checkbox"/> 4合 | <input type="checkbox"/> 5合以上 |                               |
| ビール(発泡酒)  | 大ビン(633ml)で                     | (中ビン又は500ml缶を0.8本、小ビン又は350ml缶を0.6本と換算して下さい) |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 0.5本未満 | <input type="checkbox"/> 0.5～1本未満           | <input type="checkbox"/> 1本       | <input type="checkbox"/> 2本   | <input type="checkbox"/> 3本 | <input type="checkbox"/> 4本 | <input type="checkbox"/> 5本以上 |                               |
| ウィスキー・ブランデー   | シングル(30ml)で                     |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 0.5杯未満 | <input type="checkbox"/> 0.5～1杯未満           | <input type="checkbox"/> 1杯       | <input type="checkbox"/> 2杯   | <input type="checkbox"/> 3杯 | <input type="checkbox"/> 4杯 | <input type="checkbox"/> 5杯以上 |                               |
| ワイン   | グラス(100ml)で                     |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 0.5杯未満 | <input type="checkbox"/> 0.5～1杯未満           | <input type="checkbox"/> 1杯       | <input type="checkbox"/> 2杯   | <input type="checkbox"/> 3杯 | <input type="checkbox"/> 4杯 | <input type="checkbox"/> 5杯以上 |                               |
| その他   | ※お酒の種類                          |   |                                   |                               |                             |                             |                               |                               |
| ( )   |                                 | <input type="checkbox"/> 0.5杯未満             | <input type="checkbox"/> 0.5～1杯未満 | <input type="checkbox"/> 1杯   | <input type="checkbox"/> 2杯 | <input type="checkbox"/> 3杯 | <input type="checkbox"/> 4杯   | <input type="checkbox"/> 5杯以上 |

**その他**

1. 配偶者（夫・妻）やその血縁者に膀胱癌になった方はいらっしゃいますか。

はい       いいえ

はい の場合は詳細をご記入ください。

( )

たくさんの質問にご回答いただきまして、ありがとうございました。  
記入もれなどがないか、もう一度ご確認いただければ幸いです。