



EORTC QLQ - OV28

REDCap番号()

患者さんの中には、時に以下の症状または問題を訴える方がいらっしゃいます。あなたがこの1週間で、これらの症状または問題をどの程度経験したかをお答えください。

過去1週間:

	全くない	少し	かなり	非常に
31. 腹部のどこかになんらかの痛みを感じることはありましたか。	1	2	3	4
32. 腹部または胃の膨満感がありましたか。	1	2	3	4
33. 服がきつすぎると感じましたか。	1	2	3	4
34. 病気または治療の結果、排便習慣に変化がありましたか。	1	2	3	4
35. ガス / おならが出すぎて困りましたか。	1	2	3	4
36. 食事の開始後、すぐに満腹になったことがありますか。	1	2	3	4
37. 消化不良または胸焼けを起こしましたか。	1	2	3	4
38. 脱毛症状がありましたか。	1	2	3	4
39. 脱毛を経験された場合のみ、この質問に回答してください。 髪が抜けて動揺されましたか。	1	2	3	4
40. 食べ物や飲み物の味が普段と違いましたか。	1	2	3	4
41. 手足のどこか一部にちくちくとした痛みを感じられたことはありましたか。	1	2	3	4
42. 手や足の指のどこか一部がしびれて 感覚を失うことができましたか。	1	2	3	4
43. 腕や足に脱力感を覚えましたか。	1	2	3	4
44. 筋肉または関節部に痛みを感じましたか。	1	2	3	4
45. 聴覚に問題がありましたか。	1	2	3	4
46. 頻繁に排尿しましたか。	1	2	3	4
47. 肌のトラブル（例えば、かゆみ、乾燥など）がありましたか。	1	2	3	4
48. 体の一時的なほてりを感じましたか。	1	2	3	4
49. 寝汗をかきましたか。	1	2	3	4

次のページへ進んでください

過去1週間:

全くない 少し かなり 非常に

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 50. 病気や治療の結果、自分の容姿に魅力がなくなっ
たと感じられたことはありますか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. ご自分のからだに不満を感じられたことはありましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. 病気がどのくらい負担になっていましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. 治療はどのくらい負担になっていましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. 将来の健康について心配されましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |

過去4週間:

全くない 少し かなり 非常に

- | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 55. 性交に対して、どの程度の関心がありましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. どの程度性交がありましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |

性交があった場合のみ、次の2つの質問に回答してください。

- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| 57. それはどの程度楽しめるものでしたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. 性交時に膣の乾燥感がありましたか。 | 1 | 2 | 3 | 4 |