



EORTC QLQ-CX24

患者さんの中には、時々以下のような症状または問題を訴える方がいます。あなたが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下さい。あなたの状態に、もっともよく当てはまる番号一つを○で囲んで下さい。

この1週間について:

	まったく ない	少しある	多い	とても 多い
31. 差し込むような一時的な腹痛はありましたか。	1	2	3	4
32. 排便を制御するのに困難が伴いましたか。	1	2	3	4
33. 血便はありましたか。	1	2	3	4
34. 頻繁に排尿がありましたか。	1	2	3	4
35. 排尿時に痛みや、やけるような感じはありましたか。	1	2	3	4
36. 尿漏れはありましたか。	1	2	3	4
37. 膀胱を完全に空にするのは困難でしたか。	1	2	3	4
38. 片方あるいは両方の足のはれはありましたか。	1	2	3	4
39. 腰痛はありましたか。	1	2	3	4
40. 手足がうずいたりしびれたことはありますか。	1	2	3	4
41. 膣や外陰部のひりひり感や痛みはありましたか。	1	2	3	4
42. 膣からおりものはありましたか。	1	2	3	4
43. 膣から異常な出血はありましたか。	1	2	3	4
44. ほてりや発汗はありましたか。	1	2	3	4
45. 病気や治療が原因で自分の体が魅力的でなくなったと感じましたか。	1	2	3	4
46. 病気や治療の結果、女性らしさが衰えたと感じることはありましたか。	1	2	3	4
47. 自分のからだに不満を感じましたか。	1	2	3	4

次のページにお進みください。

この4週間について:

	まったく ない	少しある	多い	とても 多い
48. 性交渉をするのに痛みが伴うのではないかと心配しましたか。	1	2	3	4
49. 性生活はありましたか。	1	2	3	4

次の質問は、この4週間に性生活があった方のみ、
お答え下さい。

	まったく ない	少しある	多い	とても 多い
50. 性交渉の時に膣は乾燥していると感じましたか。	1	2	3	4
51. 自分の膣の長さが短いと感じましたか。	1	2	3	4
52. 自分の膣が狭いと感じましたか。	1	2	3	4
53. 性交渉や他の性的行動の時、痛みを感じましたか。	1	2	3	4
54. 性生活は楽しかったですか。	1	2	3	4