

# 年に一度の行動医学に関する質問票

患者のラベル

氏名： \_\_\_\_\_

MRN： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

当協同組合では年に一度、患者さんの健康に影響を与える状況について、このフォームに記入していただくよう患者さん全員にお願いしております。患者さんに対して最高の医療を提供させていただくために、下の質問への回答にご協力ください。

それぞれの質問に対して、最も適切な回答を丸で囲んでください。

(PHQ-2)

過去 2 週間に以下の問題にどの程度悩まされましたか？

- |                                    |           |          |             |           |
|------------------------------------|-----------|----------|-------------|-----------|
| 1. 何かしようとする意欲や楽しい気持ち<br>がほとんどわからない | 全くない<br>0 | 数日間<br>1 | 半分以上の日<br>2 | ほぼ毎日<br>3 |
| 2. 気分が落ち込む、意気消沈した、希望<br>が持てない      | 全くない<br>0 | 数日間<br>1 | 半分以上の日<br>2 | ほぼ毎日<br>3 |

(AUDIT-C)

昨年...

- |  |                  |                     |              |              |                     |             |
|--|------------------|---------------------|--------------|--------------|---------------------|-------------|
| 3. アルコール飲料をどの程度頻繁<br>に摂取しましたか？                             | 全く摂取<br>しない<br>0 | 月 1 回以下<br>1        | 月 2~4 回<br>2 | 週 2~3 回<br>3 | 週 4 回以上<br>4        |             |
| 4. アルコールを摂取した日に、ア<br>ルコールを含む飲料を何杯飲み<br>ましたか？               | 全く摂取<br>しない<br>0 | 1~2 杯<br>0          | 3~4 杯<br>1   | 5~6 杯<br>2   | 7~9 杯<br>3          | 10 杯以上<br>4 |
| 5. 昨年一度に 6 杯以上アルコール<br>飲料を摂取する機会はどのぐら<br>いありましたか？          | なし 0             | 1 ヶ月に<br>1 回未満<br>1 | 毎月<br>2      | 毎週<br>3      | 毎日、また<br>はほぼ毎日<br>4 |             |
| 6. マリファナを何度吸いましたか？<br>(Marijuana)                          | 全く摂取<br>しない<br>0 | 1 ヶ月に<br>1 回未満<br>1 | 毎月<br>2      | 毎週<br>3      | 毎日、また<br>はほぼ毎日<br>4 |             |
| 7. 昨年医療以外の目的で非合法薬<br>物（マリファナ以外）や処方薬<br>を何度服用しましたか？ (Drugs) | 全く摂取<br>しない<br>0 | 1 ヶ月に<br>1 回未満<br>1 | 毎月<br>2      | 毎週<br>3      | 毎日、また<br>はほぼ毎日<br>4 |             |

# Annual Behavioral Health Questionnaire



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

Once a year, we ask all our patients to complete this form on conditions that affect their health. Please help us provide you with the best medical care by answering the questions below.

**Please CIRCLE the BEST response to each question.**

**Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems:**

1. Little interest or pleasure in doing things?	<b>Not at all</b> 0	<b>Several days</b> 1	<b>More than half the days</b> 2	<b>Nearly every day</b> 3
---	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

2. Feeling down, depressed, or hopeless?	<b>Not at all</b> 0	<b>Several days</b> 1	<b>More than half the days</b> 2	<b>Nearly every day</b> 3
--	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

**In the past year...**

3. How often did you have a drink containing alcohol in the past year?	<b>Never</b> 0	<b>Monthly or less</b> 1	<b>2 to 4 times a month</b> 2	<b>2 to 3 times a week</b> 3	<b>4 or more times a week</b> 4
--	-------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

4. How many drinks containing alcohol did you have on a typical day when you were drinking in the past year?	<b>None</b> 0	<b>1 or 2 drinks</b> 0	<b>3 or 4 drinks</b> 1	<b>5 or 6 drinks</b> 2	<b>7 to 9 drinks</b> 3	<b>10 or more drinks</b> 4
--	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

5. How often did you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion in the past year?	<b>Never</b> 0	<b>Less than monthly</b> 1	<b>Monthly</b> 2	<b>Weekly</b> 3	<b>Daily or almost daily</b> 4
---	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

6. How often in the past year have you used marijuana?	<b>Never</b> 0	<b>Less than monthly</b> 1	<b>Monthly</b> 2	<b>Weekly</b> 3	<b>Daily or almost daily</b> 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

7. How often in the past year have you used an illegal drug (not marijuana) or used a prescription medication for non-medical reasons?	<b>Never</b> 0	<b>Less than monthly</b> 1	<b>Monthly</b> 2	<b>Weekly</b> 3	<b>Daily or almost daily</b> 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

# PHQ-9成人向け\*

## 患者の健康状態に関する質問票

過去2週間に以下の問題にどの程度悩まされましたか？ (当てはまる答えを丸で囲んでください)	全くない	数日間	半分以上の日	ほぼ毎日
3. 寝付けない、眠り続けるのが難しい、眠りすぎる	0	1	2	3
4. 疲れる、エネルギーがわかない	0	1	2	3
5. 食欲がない、あるいは過食する	0	1	2	3
6. 自己嫌悪に陥る、失敗した、自分や家族に失望した	0	1	2	3
7. 新聞を読んだりテレビを観る際に集中力が続かない	0	1	2	3
8. 他人に気づかれるほど、動きや話し方が遅い。または反対に、落ち着きがなく、通常よりもせわしく動き回っている。	0	1	2	3
9. いつか死んだり、自傷したほうがまじだと思う	0	1	2	3

以下の質問は、患者さんがどんな気分であるかを理解するのに役立ちます。患者さんの回答は、患者さんと担当医が回復状況をたどるのに役立ちます。	はい	いいえ	当てはまらない
1. これまでの人生のいずれかの時点で、気分がとても「高まり」、「スピード感」にあふれ、エネルギーに満ちているなど、落ち込みとは反対の気分を味わったことがありますか？睡眠は必要ではありませんでしたか？何でもできると感じませんでしたか？ こうした兆候があり、少なくとも数日間続き、患者さんの人生においてもめ事の原因となった場合ははいに丸をつけてください。	はい	いいえ	当てはまらない
2. 過去2週間に、現実にはそこになく、他の人が見たり聞いたりできない物を見たり聞いたりすることがありますか？	はい	いいえ	当てはまらない
3. 最近脅されたり、身体が傷ついたり、性的関係を強要されたことがありますか？	はい	いいえ	当てはまらない
4. 最近、友人や家族の死、失業、人間関係の問題など、ストレスのたまる出来事や生活の変化を経験しましたか？	はい	いいえ	当てはまらない
5. 過去1ヶ月間の生活で、以下のような非常に恐ろしいこと、ぞっとすること、あるいは動揺することを経験したことがありますか？ <ul style="list-style-type: none"> <li>• 望まないことについて悪夢を見たり、考えたりしたことがありますか？</li> <li>• 必死にそのことについて考えないようにしたり、無理してその状況を思い出さないようにしたことがありますか？</li> <li>• いつも他人、行動、または周囲の人に用心していましたか？</li> </ul>	はい	いいえ	当てはまらない

\* これは9項目に標準化された質問票で、検証を受けています。質問1と2は、行動医学スクリーニングの質問と同じもので（裏面を参照）、既に回答済みのため削除されました。

作成者：Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet L. Williams, Dr. Kurt Kroenke, およびPfizer Inc.から教育助成金を得ている同僚の研究者。  
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. 許可を得て複製していません。

# PHQ-9 for ADULTS\*

## Patient Health Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Please CIRCLE to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

<b>The following questions will help us understand how you've been feeling. Your answers will help you and your doctor follow your progress.</b>				
1. At any point in your life, have you gone through periods when you felt the opposite of being depressed – very 'high' or 'sped up', with lots of energy? Didn't need sleep? Felt you could do anything? Circle Yes if you had these symptoms and they lasted at least a few days and caused trouble for you in your life.	Yes	No	N/A	
2. In the past 2 weeks, have you heard or seen things that other people couldn't see or hear that might really not be there?	Yes	No	N/A	
3. Have you recently been the victim of threats, physical hurting, or forced sexual contact?	Yes	No	N/A	
4. Have you recently experienced some stressful event or life change, like the death of a friend or family member, loss of job, or relationship problems?	Yes	No	N/A	
5. In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that in the past month you: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to?</li> <li>• Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it?</li> <li>• Were constantly on guard from others, activities, or your surroundings?</li> </ul>	Yes	No	N/A	

\*This is a standardized 9-item questionnaire that has been validated. Questions #1 and #2 have been removed because they are the first two questions on the Behavioral Health screen (see other side), which have already been answered.  
Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc.  
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.