

## アルコール依存症チェックリスト



Patient Label

Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

あなたの飲酒が健康にどのような影響を与えるのか、あなたとあなたが治療を受けている医療機関の理解を助けるために、以下の質問に教えてください。

それぞれの質問に対して、最も適切な答えを丸で囲んでください。

## 過去 12 ヶ月間について…

1. 昔と同量のアルコールを摂取しても昔ほど酔わない、あるいは酔うにはさらに多くのアルコールを摂取する必要がありましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
2. 飲酒量を減らす、または禁酒すると、汗をかく、いらいらする、胃がむかつく、あるいは両手が震えますか？こうした症状を抑えるために、アルコールやその他の薬物を摂取したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
3. 飲酒をしたとき、最初に考えていたよりも多くのアルコールを摂取した、あるいは長い時間飲酒をしましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
4. 飲酒量を減らす、または禁酒しようとして失敗したことはありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
5. アルコールの入手、摂取、飲酒の影響から回復するために多くの時間を費やしましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
6. 飲酒が精神的あるいは身体的問題を生じる、あるいは悪化させるとわかっていて、または疑っていても、飲酒を続けたことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
7. 飲酒によって、職場、学校、家庭で果たす責任に支障が生じたことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
8. アルコールを摂取したまま車の運転や機械の操作などを複数回実行したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
9. 飲酒が家族やその他人に迷惑をかけるとわかっていながら、あるいは疑っていても飲酒したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
10. 飲酒への強い要求や渴望を経験したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
11. 飲酒のために、仕事、趣味、他人と過ごす時間を削ったことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)

# Alcohol Symptom Checklist



Patient Label

Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

To help you and your provider understand how your alcohol use might be affecting your health, please complete the following questions.

Please CIRCLE the best response to each question.

## In the past 12 months...

1. Did you find that drinking the same amount of alcohol has less effect than it used to or did you have to drink more alcohol to get intoxicated?	No	Yes
2. When you cut down or stop drinking did you get sweaty, nervous, have upset stomach or shaky hands? Did you drink alcohol or take other substances to avoid these symptoms?	No	Yes
3. When you drank, did you drink more or for longer than you planned to?	No	Yes
4. Have you wanted to or tried to cut back or stop drinking alcohol, but been unable to do so?	No	Yes
5. Did you spend a lot of time obtaining alcohol, drinking alcohol, or recovering from drinking?	No	Yes
6. Have you continued to drink even though you knew or suspected it creates or worsens mental or physical problems?	No	Yes
7. Has drinking interfered with your responsibilities at work, school, or home?	No	Yes
8. Have you been intoxicated more than once in situations where it was dangerous, such as driving a car or operating machinery?	No	Yes
9. Did you drink alcohol even though you knew or suspected it causes problems with your family or other people?	No	Yes
10. Did you experience strong desires or craving to drink alcohol?	No	Yes
11. Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with others because of your drinking?	No	Yes