

Patient Label

Name: _____
 MRN: _____
 Date: _____

귀하 자신과 해당 공급자가 음주가 귀하의 건강에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 이해할 수 있도록 다음 질문에 답변하시기 바랍니다.

각 질문에 가장 적절한 답변에 동그라미로 표시하십시오.

지난 12 개월 동안...

1. 같은 양의 술을 마셨는데도 예전보다 덜 취한다고 생각되거나 주량이 더 세졌다고 생각된 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
2. 주량을 줄였거나 음주를 멈추었는데 땀이 나거나, 불안하거나, 위가 불편하거나 손이 떨렸던 적이 있습니까? 이러한 현상을 방지하기 위해 술을 마셨거나 다른 약물을 복용한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
3. 술을 마셨다면 의도했던 양보다 더 많이 또는 더 오래 마셨습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
4. 주량을 줄이거나 술을 끊으려고 했지만 그렇게 할 수 없었습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
5. 술을 구입하거나, 술을 마시거나, 술에서 깨는 데 많은 시간을 보내셨습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
6. 술이 본인의 정신적 또는 신체적 문제를 악화시킨다고 알고 있거나 의심되는데도 불구하고 술을 계속 마신 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
7. 음주가 직장, 학교 또는 가정에서 본인의 임무 수행에 방해가 된 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
8. 차를 운전하거나 기계를 작동하는 등 위험한 상황에서 한 번 이상 술에 취한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
9. 술 때문에 가족이나 타인에게 문제를 일으킨다고 알고 있거나 의심되는데도 불구하고 술을 마신 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
10. 술을 마시고 싶은 강한 욕구나 갈망을 경험한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
11. 술 때문에 업무를 본다든지, 취미를 즐긴다든지, 타인과 어울리는 데 할애하는 시간이 부족합니까?	아니요 (No)	예 (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