

薬物乱用の症状に関するチェックリスト

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

マリファナまたはその他薬物の使用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、以下の質問に答えてください。

過去 12 ヶ月間について…

1. 昔と同量の薬物を摂取しても昔ほど影響を受けない、あるいは薬物を開始した頃と比べて、さらに高いレベルのまたは望む影響を得るには、さらに多くの薬物を使用する必要がありましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
2. 使用する薬物の量を減らしたり止めると、離脱症状が見られましたか？こうした症状を抑えるために、薬物やその他の物質を摂取したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
3. 薬物を摂取したとき、最初に考えていたよりも多くの薬物を摂取した、あるいは長い時間薬物を摂取しましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
4. 薬物摂取量を減らす、または止め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. 薬物の取得、摂取、摂取からの回復に多くの時間を費やしましたか？	いいえ (No)	はい (Yes)
6. 薬物の摂取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、摂取を続けたことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
7. 薬物の摂取により、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. 薬物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. 薬物の摂取が家族やその他人に迷惑をかけるかわかっていながら、あるいは疑っていても摂取したことがありますか？	いいえ (No)	はい (Yes)
10. 薬物の摂取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. 薬物の摂取のために、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)

使用したことがある薬物(当てはまるものを全部丸で囲んでください)

- アヘン剤
- 大麻/マリファナ
- メタンフェタミン/覚醒剤
- コカイン
- ベンゾジアゼピン/鎮静剤
- その他 _____

Substance Use Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

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

In the past 12 months...

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

Substance(s) used (please circle all that apply):

- Opiates
- Cannabis/Marijuana
- Methamphetamine/Stimulants
- Cocaine
- Benzodiazepines/Sedatives
- Other _____