

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

귀하 자신과 해당 공급자가 마리화나 또는 기타 약물이 귀하의 건강에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 이해할 수 있도록 다음 질문에 답변하시기 바랍니다.

지난 12 개월 동안...

1. 같은 양의 약물을 복용했는데도 예전보다 약하다고 생각되거나 약물을 사용하기 시작했을 때 약효가 너무 낮아 원하는 효과를 얻기 위해 약물을 더 많이 복용해야 되겠다고 생각한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
2. 약물 복용량을 줄이거나 약물 복용을 끊었다면 금단 증상이 생긴 적이 있습니까? 그러한 현상을 방지하기 위해 해당 약물 또는 다른 약물을 복용한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
3. 약물을 복용했다면 의도했던 양보다 더 많이 또는 더 오래 복용하셨습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
4. 약물 복용량을 줄이거나 약물 복용을 끊으려고 했지만 그렇게 할 수 없었습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
5. 약물을 구입하거나, 약물을 복용하거나, 약물 복용에서 회복되는 데 많은 시간을 보내십니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
6. 약물이 본인의 정신적 또는 신체적 문제를 악화시킨다고 알고 있거나 의심되는데도 불구하고 약물을 계속 복용하셨습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
7. 약물 때문에 직장, 가정 또는 학교에서 본인의 임무 수행에 방해가 된 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
8. 차를 운전하거나 기계를 작동하는 등 위험한 상황에서 한 번 이상 약물에 어느 정도 또는 많이 취한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
9. 약물이 가족이나 타인에게 문제를 일으킨다고 알고 있거나 의심되는데도 불구하고 약물을 복용한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
10. 약물을 복용하고 싶은 강한 욕구나 갈망을 경험한 적이 있습니까?	아니요 (No)	예 (Yes)
11. 약물 때문에 업무를 본다든지, 취미를 즐긴다든지, 타인과 어울리는 데 할애하는 시간이 부족합니까?	아니요 (No)	예 (Yes)

복용 약물(해당 사항에 모두 동그라미로 표시할 것):

- 아편
- 코카인
- 대마초/마리화나
- 벤조디아제핀/진정제
- 메스암페타민/자극제
- 기타 _____

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 _____