

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

Behavioral Health Monitoring Tool--Japanese

行動医学モニタリングツール

(PHQ-9) 過去 2 週間に以下の項目にどの程度悩まされましたか？	全くない	数日	半分以上 の日	ほぼ毎日
1. 何かしようとする意欲や楽しい気持ちがほとんどわからない	0	1	2	3
2. 気分が落ち込む、意気消沈した、希望が持てない	0	1	2	3
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、エネルギーがわからない	0	1	2	3
5. 食欲がない、あるいは過食する	0	1	2	3
6. 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. 間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、自傷したほうがましだと思う	0	1	2	3
10. 緊張する、不安、あるいはいらいらしている	0	1	2	3
11. 心配するのを止めたり、コントロールできない	0	1	2	3
12. 自分が抱えている問題のために、仕事、家族との関係、社会活動に支障が生じましたか？	0	1	2	3

昨年のことについて、以下の質問に教えてください。(昨年アルコールや薬物摂取の習慣が変化した場合、最新の摂取について回答してください。)

(AUDIT-C)	全く摂取 しない	月 1 回以下	月 2~4 回	週 2~3 回	週 4 回以上	
13. アルコール飲料をどの程度頻繁に摂取しますか？	0	1	2	3	4	
14. アルコールを摂取した日に何杯飲みますか？	全くない 0	1~2 杯 0	3~4 杯 1	5~6 杯 2	7~9 杯 3	10 杯以上 4
15. 一度に 6 杯以上アルコールを摂取する機会は何のぐらありますか？	全く摂取 しない 0	1 ヶ月に 1 回未満 1	毎月 2	毎週 3	毎日、または ほぼ毎日 4	
16. マリファナを何度吸ったことがありますか？	全くない 0	1 ヶ月に 1 回未満 1	毎月 2	毎週 3	毎日、または ほぼ毎日 4	
(Marijuana)	0	1	2	3	4	
17. 医療以外の目的で非合法薬物や処方薬を何度服用したことがありますか？	全くない 0	1 ヶ月に 1 回未満 1	毎月 2	毎週 3	毎日、または ほぼ毎日 4	
(Drugs)						
18. 拳銃を所持していますか？		はい (Yes)	いいえ (No)			

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____



Behavioral Health Monitoring Tool

Over the past 2 weeks , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
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 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
10. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
11. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
12. Have your problems interfered with your work, family or social activities?	0	1	2	3

Please answer these questions about the past year. (If you have changed your drinking or substance use in the past year, please report on your most recent use.)

13. How often do you have a drink containing alcohol?	Never 0	Monthly or less 1	2 to 4 times a month 2	2 to 3 times a week 3	4 or more times a week 4	
14. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	None 0	1 or 2 drinks 0	3 or 4 drinks 1	5 or 6 drinks 2	7 to 9 drinks 3	10 or more drinks 4
15. How often do you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
16. How often have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
17. How often have you used an illegal drug or used a prescription medication for non-medical reasons?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
18. Do you have access to guns?			Yes	No		