

The CRAFFT スクリーニング アンケート (バージョン 2.0)

患者さん自己回答用

全ての質問に正直に答えてください。答えは守秘義務によって守られます。

過去 12 ヶ月の間で、下記にある行動をした日数を記載してください：

- | | |
|--|----------------------|
| 1. ビール、ワイン、又はアルコールを含む飲料を 2, 3 口以上飲む。一切ない場合は 0 を記入。 | <input type="text"/> |
| | 日数 |
| 2. マリファナ (大麻、ハッパ、ハシシやそれらの入った食物) や、合成マリファナ (「K2」や「スパイス」等)、またそれに相当する物を使用。一切ない場合は 0 と答えてください。 | <input type="text"/> |
| | 日数 |
| 3. ハイになるために何か他のもの (例えば違法な薬物、処方箋の必要な薬物や、薬局で買える薬物、また嗅いだり「吸ったり」するもの) を使う。一切ない場合は 0 を記入。 | <input type="text"/> |
| | 日数 |

次に進む前に下記を読んで指示に従って下さい。

- 上記の答え全てが「0」の場合、質問 4 に答えてそこでアンケートを終了してください。
- 上記の答えのどれかが「1」以上の番号である場合、4 から 9 の質問全部に答えてください。

- | | いいえ | はい |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. これまでに薬物やアルコールを使用して「ハイ」になっている誰か (自分自身を含め) が運転する車に乗ったことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. これまでリラックスするためや、気分を良くするため、または周りに合わせるためという理由で、薬物やアルコールを使用したことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 一人にいるとき、または自分一人でアルコールや薬物を使用したことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. これまでアルコールや薬物を使用している間に自分が何をしたら忘れてしまったことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 家族や友達から、アルコールや薬物の量を減らすように言われた事がありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. アルコールや薬を使用している時に、何かトラブルに巻き込まれたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

病院職員およびカルテ管理関係者への注意

この用紙に記入された情報は特別連邦守秘義務規則 (42 CFR Part 2) によって守られます。その結果これらの情報は、特別な書面による合意なしでの公開を禁じられています。一般的な医療関係の情報公開手続きでは、この条件を満たしません。

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016.

Boston Children's Hospital の CeASAR (Center for Adolescent Substance Abuse Research) の許可を得て複製しています。詳しい情報、他の言語によるバージョンは、www.ceasar.org を参照してください。