

# CRAFFT 问卷调查（第 2.1 版）

由病人填写

请如实回答以下所有问题。我们将对你的作答保密。

在过去的 12 个月中，你有多少天：

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. 喝过（而不仅仅指浅尝几小口）啤酒、葡萄酒，或任何含酒精饮料？如果没有喝过，填“0”。                              | <input type="text"/><br>天数 |
| 2. 是否使用任何大麻（例如，香烟、电子烟、或食物中的大麻烟草、大麻油或哈希）或“合成大麻”（例如，“K2”或“香料”）？如果没有使用过，填“0”。 | <input type="text"/><br>天数 |
| 3. 是否使用其他任何物品来让自己兴奋（例如，其他非法药物、非处方药物、以及您吸食、“吞吐”或利用电子烟管吸食的东西）？如果没有使用过，填“0”。  | <input type="text"/><br>天数 |

回答问题前请先阅读这些说明：

- 如果你在上面所有栏中填的都是“0”，请回答第 4 个问题，然后结束问卷调查。
- 如果你在上面任一栏中填了“1”或大于 1 的数字，请回答 4 至 9 问题。

- |   | 否                        | 是                        |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. 你是否乘坐过驾驶人（包括你本人）在亢奋状态下、饮酒后或吸毒后驾驶的汽车？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 你是否使用过酒精或毒品来放松自己，提升自我感觉，或适应所在社群？     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 你是否曾在孤身一人的情况下饮过酒或使用过毒品？              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 你是否曾在饮酒时或使用毒品时忘记自己过去做的事情？            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 你的家人或朋友是否劝说过你应该节制饮酒或减少使用毒品？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 你是否在喝酒或使用毒品时招惹过麻烦？                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

诊所工作人员与医疗记录注意：

本页所记录的信息受联邦特别保密条款（美国联邦法规（CFR）第 42 章第 2 部分）保护。除非获得特定的书面授权同意，否则根据保密条款本信息禁止公开。一般性的关于公开医疗信息的授权书不足以允许本信息公开。

©波士顿儿童医院 John R. Knight 医学博士版权所有，2016 年。  
由波士顿儿童医院青少年药物滥用研究中心（CeASAR）许可方能复制使用。

(617) 355-5433 www.crafft.org

更多信息和其它语言版本，请访问网站 www.ceasar.org。