

# The CRAFFT+N スクリーニング アンケート (バージョン 2.1)

Japanese

## 患者さん自己回答用

全ての質問に正直に教えてください。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。

日数

2. マリファナ（事例：喫煙による、蒸気を吸う、あるいは食品用のウィード、オイルまたはハッシュ等）あるいは「合成マリファナ」（事例：「K2」または「スパイス」と呼ばれます）を使用したことがありますか？

日数

3. 興奮した状態になるために他の薬物等を服用したことがありますか？（事例：他の違法な薬物、市販の処方薬ならびに鼻から吸引する、吸う、または蒸気を吸う薬物等）

日数

4. タバコやニコチンを含む製品（例えば、紙巻きたばこ、電子たばこ、水煙管、無煙たばこ等）を使用しましたか？

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 5 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、5 から 10 の質問全部に教えてください。

- |                                                                   | いいえ                      | はい                       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. アルコールや薬物を使用して「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"/> |
| 6. 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、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. 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"/> |
| 8. 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"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. アルコールや薬物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, 2018.

Boston Children's Hospital の CeASAR (Center for Adolescent Substance Use and Addiction 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.crafft.org](http://www.crafft.org) を参照してください。