

CRAFFT+N 问卷调查（第 2.1 版）

Chinese

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”。

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”。

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”。

天数

4. 使用过任何烟草或尼古丁制品（如香烟、电子烟、水烟袋或无烟烟草）？

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 5 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 5 至 10 问题。

- | | 否 | 是 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. 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"/> |
| 8. 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"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. 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，2018 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.crafft.org。