

# 物質乱用／依存／使用障害 問診票 お名前 \_\_\_\_\_

今回、医療の対象になっている物質は何ですか？

アルコール 覚せい剤 有機溶剤（シンナー・トルエンなど） その他（ _____ ）
---

その物質について、この1年間であてはまったものに○をつけて下さい。

<b>その物質を摂取することで生活に問題が出ましたか？</b> ・出勤が遅れた／仕事を休んだ／仕事に支障が出た／仕事を辞めた ・学校に遅刻した／学校を休んだ／勉強に支障が出た／学校を停学・退学になった ・家事や育児がこなせなくなった	乱用
<b>危険がある状況で、その物質を使用することを繰り返しましたか？</b> 例) 飲酒運転など	
<b>その物質が原因で、社会的な問題や対人関係の問題が生じましたか？</b> 例) その物質による暴力や家族との喧嘩	
<b>その物質を同じ量を使っても、以前ほどの効果が得られなくなりましたか？ その物質を摂取する量が増えましたか？</b>	依存
<b>その物質を摂取しないときに、心や体に変化が生じましたか？</b> 手が震えた、眠れなくなった、汗をかいた、ドキドキした、苛々した、不安になった、吐き気がした、だるくなった、その他（ _____ ）	
<b>あるいは、その物質を摂取しなと生じる心の体の変化を避けるために、その物質を摂取していましたか？</b>	
<b>その物質を摂取した際、最初に決めた量よりも、つつい多く摂取してしまったことがありましたか？</b> <b>最初に決めた時間より、つつい長い時間を費やしてしまったことがありましたか？</b>	
<b>その物質の摂取を止めることに失敗しましたか？ または、止めても再開しましたか？</b> <b>その物質の摂取を減らそうとしても減りませんでしたか？ または、減っても元の量に戻りましたか？</b>	
<b>その物質を得るために多くの時間や労力を費やしましたか？</b> <b>その物質を大量に使いましたか？</b> <b>その物質が効いた状態からの回復に長い時間がかかりましたか？</b>	
<b>その物質の使用のために仕事・学校・人付き合い・趣味などが減りましたか？</b>	
<b>その物質の摂取で、心や体に問題が起きていることを知りつつ摂取を続けていましたか？</b>	
<b>その物質の摂取がすごく欲しくなりましたか？</b>	

最初の3つ（+物質のための違法行為）のうち1つでDSM-IVの「物質乱用」。後の7つのうち3つでDSM-IVの「物質依存」。

全体の10のうち2つ以上でDSM-5 Draftの「物質使用障害」。4つ以上は「重度」。