表 10　アルコール使用障害特定テスト：自記式質問票

質問票を利用される患者さんへ：アルコールの使用はあなたの健康へ影響を及ぼし、内服薬の効果に影響を及ぼしたり治療を妨げたりするため、あなたのアルコール使用に関する以下の質問に答えていただくことは非常に重要です。あなたの回答は秘密保持されますので、ぜひ正直に答えてください。各質問に対する一番適した答えを選んで、丸を付けてください。

質問	0	1	2	3	4	
1. どれぐらいの頻度でアルコール飲料を飲みますか？	全く飲まない	月 1 回以下	月 2〜4 回	週 2〜3 回	週 4 回以上	
2. 飲酒時は 1 日平均して何ドリンク（何単位）飲みますか？	1-2 (0.5-1 単位)	3-4 (1.5-2 単位)	5-6 (2.5-3 単位)	7-9 (3.5-4.5 単位)	10 以上 (5 単位以上)	
3. どれぐらいの頻度で一度に 6 ドリンク（3 単位）以上飲むことがありますか?	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
4. 飲み始めたら、飲むのを止められなくなったことが、過去 1 年でどれくらいの頻度ありますか	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
5. 飲酒のせいで、通常あなたが行うことになっている事を行うことができなかったことが、過去 1 年でどれくらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
6. 飲み過ぎた翌朝、アルコールを入れないと動けなかった、ということは過去 1 年でどれくらいの頻度ですか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
7. 飲酒後に罪悪感・後ろめたさを感じたり、後悔をしたことが、過去 1 年でどれくらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
8. 飲酒翌朝に夕べの行動を思い出せなかったことが、過去 1 年でどれくらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日	
9. あなたの飲酒により、あなた自身や他の人がケガをしたことがありますか？	なし		あるが、1 年以上前		ある、過去 1 年以内に	
10. 親戚、友人、医師、または他の保健従事者が、あなたの飲酒について心配をしたり、飲酒を控えるようにとあなたに薦めたことはありますか？	なし		あるが、1 年以上前		ある、過去 1 年以内に	
					合計スコアを記入	