

# アルコール問診票

記入年月日 西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日(年齢)

年 月 日 歳

記入した人の氏名 \_\_\_\_\_

ご本人との関係

1. 今日ここに来られたのは、誰かからの紹介ですか  はい (具体的に )  いいえ

## 2. お酒と生活についてお聞きします

1) 初めてお酒を飲んだのは何才ですか 歳 ごろ

2) 週のうち飲むの方が多くなったのは何才ごろからですか 歳 ごろ

3) ほぼ毎日飲むようになったのは何才ごろからですか 歳 ごろ

4) お酒の量が増えたのは何才ごろからですか 歳 ごろ

5) 最後にお酒を飲んだのは? 月 日 (  午前  午後 ) 時

6) ここ1ヶ月は1日でどれくらい飲んでいましたか

お酒の種類

( ) を1日(量) 飲んでいた

7) お酒を飲まない時に次のような症状はありますか (複数回答可)

ねむれない  イライラ  手の振るえ  汗をかく  その他 ( )  いいえ

8) 断酒会 または AA などへのかかわりはありますか  はい (具体的に )  いいえ

9) お一人暮らしですか  はい  いいえ (具体的に )

10) 食事は1日3回、ほぼ規則的にとっています  はい  いいえ (具体的に )

11) お仕事は何ですか 職種 ( )  無職  休職中 (現在どのくらい )

## 3. おからだについてお聞きします

1) いま、おからだの具合が悪いところはありますか  はい (具体的に )  いいえ

2) 次の疾患の、診断または治療を受けたことがある  糖尿病、 肝臓病、 心臓病  いいえ

2) その他、病気で病院・診療所にかかっていますか  はい (具体的に )  いいえ

## 4. 阪神・淡路大震災について、お聞きします

1) 大震災で被災されましたか  はい  いいえ

2) 大震災で飲むお酒の量に変化はありましたか  はい (具体的に )  いいえ

## 5. いま、一番困っていること、気になっていることは何ですか

最近の1年間のお酒の飲み方を教えてください