

薬物乱用は未来を失う！

薬物乱用チェックシート(DAST-Japanese)

薬物の使用は、あなたの健康、および服用する薬品に影響を及ぼす恐れがあります。

あなたが該当する回答を選び、その番号の点数を記入してください。回答が終わりましたら、数字の合計点を最後の欄に記入してください。



この1年間に以下のどれかの薬物を使用したことがありますか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 覚醒剤(メタンフェタミン) | <input type="checkbox"/> コカイン |
| <input type="checkbox"/> 大麻(マリファナ・ポット) | <input type="checkbox"/> 麻薬(モルヒネ・ヘロイン) |
| <input type="checkbox"/> 吸入剤(シンナー・接着剤) | <input type="checkbox"/> 幻覚剤(LSD・マッシュルーム) |
| <input type="checkbox"/> 精神安定剤(トランキライザー) | <input type="checkbox"/> その他() |

質問		点数と回答	点数
1	これらの薬物を医療のため以外に使用したことがありますか？	1:ある 0:ない	
2	一度に複数の薬物を乱用しますか？	1:ある 0:ない	
3	薬物をやめようと思ってもやめれない時がありますか？	1:ある 0:ない	
4	薬物使用の結果、ブラックアウト(脳の一過性虚血)、またはフラッシュバック(再現現象)を経験したことがありますか？	1:ある 0:ない	
5	薬物使用について、悪いと感じたり、後ろめたいと感じたことがありますか？	1:ある 0:ない	
6	あなたの配偶者(あるいは両親)があなたの薬物関与について苦情を言うことがありますか？	1:ある 0:ない	
7	薬物使用のために、家族を無視し、かまわなかったことがありますか？	1:ある 0:ない	
8	薬物を入手するため、違法行為に関わったことがありますか？	1:ある 0:ない	
9	薬物服用を停止したとき、禁断症状(吐き気等)を経験したことはありますか？	1:ある 0:ない	
10	薬物使用の結果、医療上の問題が生じたことがありますか？ (例:記憶喪失・肝炎・けいれん・出血)？	1:ある 0:ない	
		合計	

合計点	判定結果
0点	問題なし
1点~2点	薬物使用の助言が必要
3点~5点	治療・カウンセリングが必要
6点以上	治療・施設への入所

1点以上なら

**医師に相談しましょう。
本人だけではなく、
家族からの相談も受け付けます。**