DAST-10 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下さい。

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。

□ 覚せい剤（メタンフェタミン）　□ コカイン

□ 大麻（マリファナ・ポット）　□ 麻薬（モルヒネ・ヘロイン）

□ 吸入剤（シンナー・接着剤）　□ 幻覚剤（LSD・マッシュルーム）

□ 精神安定剤（トランキライザー）　□ その他（　　）

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。**

0点 ない　1点 ある　　点

2) **一度に複数の薬物を乱用しますか。**

0点 ない　1点 ある　　点

3) **薬物をやめようと思ってもやめられない時がありますか。**

0点 ない　1点 ある　　点

4) **薬物使用の結果、ブラックアウト（記憶が飛んでしまうこと）、またはフラッシュバック**

（薬を使っていないのに使っているような幻覚におそれること）を経験したことがありますか。

0点 ない　1点 ある　　点

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はありますか。**

0点 ない　1点 ある　　点

6) **あなたの配偶者（あるいは両親など）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。**

0点 ない　1点 ある　　点

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。**

0点 ない　1点 ある　　点

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。どのくらいの頻度でありましたか。**

0点 ない　1点 ある　　点

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。**

0点 ない　1点 ある　　点

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）**

0点 ない　1点 ある　　点

合計　　点