

ティーンエイジャーの健康スクリーニング 検査 Teen health screen - Japanese

アルコールや気分が健康に影響を及ぼすおそれがあるため、すべてのティーンエイジャーの患者様にこれらの項目についてお尋ねしています。ご質問がおありの場合は、担当医師にお尋ねください。ここでの回答の秘密は厳守されます。

Patient name: _____

Date of birth: _____

S2BI:

過去1年間に、以下を何回使用しましたか。	1回もない	1回か2回	毎月	毎週
タバコ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アルコール:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マリファナ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のすべての質問に「1回もない」と回答した場合には、**CRAFFT 質問 No.1** まで行って回答後、次のページに行ってください。そうでない場合には、以下のすべての質問に回答してください。

他人の処方薬 (痛み止めまたは Adderall (アデロール) など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
違法薬物: (コカインやエクスタシーなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸入薬: (笑気 (亜酸化窒素) など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハーブまたはまたは合成薬物: (サルビア、K2 (脱法ハーブ)、バスソルトなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のすべての質問に「全然」またはまたは「1回か2回」と回答した場合には、下記の **CRAFFT 質問 No.1** だけに回答し、次のページに行ってください。そうでない場合には、以下のすべての質問に回答してください。

CRAFFT questions

	いいえ	はい
1. 今までに、「ハイ」の状態の人、または飲酒もしくは薬物を乱用した人 (自分自身も含めて) が運転する車に乗ったことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リラックスするため、気持ちよくなるため、または周りの人たちに合わせるために、飲酒したり薬物を使用したりすることはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 一人でいるとき、または自分一人で、飲酒したり薬物を使用したりすることはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 飲酒、または薬物使用中に行ったことを忘れてしまうことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 家族や友人からアルコールや薬物を減らすように言われることはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 飲酒中や薬物使用中に問題を起こしたことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

次のページへ

PHQ-9 Modified for Teens:

過去 2 週間の間に、以下の各症状にどの程度悩まされましたか。	全くない	数日	2 週間のうち半分以上	ほとんど毎日
1. 何にも興味がわかない、または何も楽しいと思わない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 落ち込む、憂うつ、いらいらする、または絶望感がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の 2 つの質問に「全然」と回答した場合には、ここで、質問は終わりです。そうでない場合には、以下のすべての質問に回答してください。

3. 寝つきにくい、続けて眠れない、または寝過ぎ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 疲労感がある、またはエネルギーがほとんどない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 食欲不振、体重減少、または過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 自分自身に嫌気がさす、または自分は敗者であると感じたり、または自分や家族をがっかりさせていると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 勉強、読書、またはテレビなどに集中しづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 動きやしゃべり方が他の人にもわかるくらいゆっくりしている。または、逆にそわそわとして落ち着きがなく、普段より動き回る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 死んだ方がましだと思ったり、自分を傷つけようと考えたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

過去 1 年間の間に、たまに大丈夫と思えることはあっても、大抵の場合、憂うつだったり悲しかったりしましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本フォームで尋ねられたような問題を経験している場合、これらの問題によって、あなたが働いたり、家事をしたり、他の人とうまくやっていたりするのが、どの程度むずかしくなりましたか。 <input type="checkbox"/> 全然むずかしくならなかった <input type="checkbox"/> 少しむずかしくなった <input type="checkbox"/> とてもむずかしくなった <input type="checkbox"/> 極度にむずかしくなった		
過去 1 ヶ月の間に、自殺を真剣に考えたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
生まれてから今までの間に、自殺を図ったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(For the health professional)

Interpreting the S2BI*

Highest frequency of non-tobacco substance use	Risk category	Recommended action
Never	Abstinence	Positive reinforcement
Once or twice	No substance use disorder (SUD)	Brief advice
Monthly	Possible mild or moderate SUD	Brief intervention, employing principles of motivational interviewing
Weekly	Possible moderate or severe SUD	Referral for further assessment and possible specialized treatment, conveyed through a brief intervention

Interpreting the CRAFFT questions

Any “Yes” responses should be explored with the patient to reveal the extent of substance use–related problems and inform the brief intervention.

Interpreting the PHQ-9 Modified for Teens

Answers to questions #1-9 each receive 0-3 points (point values found at the bottom of each answer column). Points are added for a total score.

Score**	Depression severity	Proposed action
0 - 4	None - minimal	None.
5 - 9	Mild	Watchful waiting, repeat depression screening at follow-up.
10 - 14	Moderate	Create treatment plan, consider counseling and/or pharmacotherapy or another follow-up visit.
15 - 19	Moderately severe	Active treatment with pharmacotherapy and/or psychotherapy.
20 - 27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to mental health specialist.
“Yes” answer on any suicide question		Immediate follow up

* Levy SJ, Williams JF, AAP COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Pediatrics. 2016;138(1).

**Richardson L, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, Katon W. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. Pediatrics. 2010;126(6).