

アルコール依存症相談シート VER.2 2017年6月30日

依存症治療拠点機関設置運営事業

参考資料：久里浜医療センター「アルコール外来初診病歴」

相談日： 年 月 日

<①本人及び紹介者・同伴者の情報>

(本人に関する情報)

【氏名】 _____ 【性別】 男性・女性

【生年月日】 _____年 月 日 【年齢】 _____歳

【住所】 _____

【電話番号】(携帯) _____ (自宅) _____

(紹介者・同伴者に関する情報)

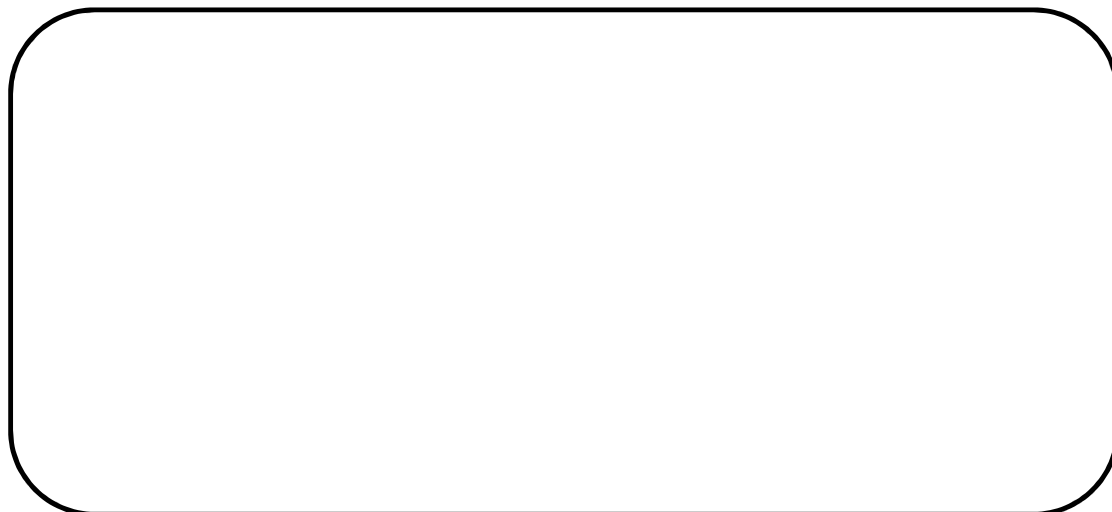
【氏名】 _____ 【本人との関係(続柄)】 _____

【連絡先】 _____

<②相談したい内容>

(本人)

(紹介者・同伴者)

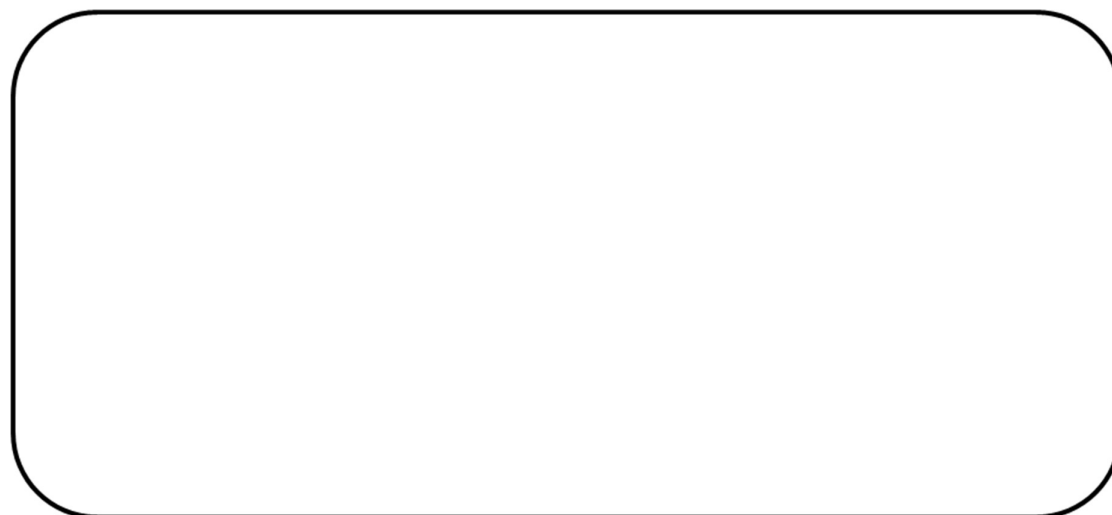


<③家族歴>

(家族構成 (可能であれば何親等かも記入))

同居の有無 (誰と一緒に住んでいるか)、経済状況、依存症問題のある家族

キーパーソン (主にサポートする方)、他の身内で依存症の方がいるかなども記入



＜④現病歴・既往歴（これまでにかかった病気など）＞

年齢	疾患名（病名・診断名など）	医療機関名（病院名など）
___歳～___歳		
___歳～___歳		
___歳～___歳		
___歳～___歳		
___歳～___歳		
___歳～___歳		
___歳～___歳		

＜⑤教育歴（学歴など）＞

学校名	状況	備考
_____中学校	卒業・中退・在学中	
_____高校	卒業・中退・在学中	
_____専門学校	卒業・中退・在学中	
_____大学	卒業・中退・在学中	
_____大学院	卒業・中退・在学中	

<⑥婚姻歴・性格>

未婚

結婚 _____ 歳

離婚 _____ 歳

再婚 _____ 歳

<⑦職業歴>

年齢	会社名	職業名
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		
___ 歳 ~ ___ 歳		

<⑧福祉サービスなどの利用状況>

【介護保険】

(区分) 非該当・要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

(利用サービス内容) _____

【障害支援】

(区分) 非該当・区分 1・区分 2・区分 3・区分 4・区分 5・区分 6

(利用サービス内容) _____

【生活保護】 有・無

【障害者年金】 1 級・2 級・3 級

【精神障害者保健福祉手帳】 1 級・2 級・3 級

【その他の手帳など】 _____

【関係者の連絡先】

事業所名	担当者名	連絡先

<⑨酒歴>

【初飲年齢（初めてお酒を飲んだ年齢）】

（何歳頃から？） _____ （誰と？） _____ （どのくらいの量？） _____

【習慣飲酒（飲酒が定着した・癖になった）開始時期】

_____ 歳頃から _____ （どのくらいの量？） _____

【ブラックアウト（お酒を飲んだ後記憶が無くなる、あるいは覚えていない）の有無と、開始時期】

（ブラックアウトの有無？） 有・無

（開始時期？） _____ 歳頃から

【昼酒（昼間からお酒を飲む）の有無と、開始時期】

（昼酒の有無？） 有・無

（開始時期？） _____ 歳頃から

【隠れ酒（家族や周りの人から隠れてお酒を飲む）の有無と、開始時期】

（隠れ酒の有無？） 有・無

（開始時期？） _____ 歳頃から

【連続飲酒（毎日、あるいは一度に多量のお酒を飲む）の有無と、開始時期】

（連続飲酒の有無？） 有・無

（開始時期？） _____ 歳頃から

【離脱症状(不眠：眠れない、イライラ感、手指振戦：お酒が抜けると手指が震える、発汗、幻覚妄想)の

有無と、開始時期】

症状	有無	開始時期・備考
不眠：眠れない	有・無	
イライラ感	有・無	
手指振戦：手指の震え	有・無	
発汗	有・無	
幻覚妄想	有・無	
その他	有・無	

【よく飲んでいたお酒の種類と量】

種類（銘柄など）と量 _____（量： _____）

_____（量： _____）

_____（量： _____）

【酒の購入方法】 本人・家族（配偶者・子供）・その他 _____

【休肝日の有無と頻度】

（休肝日の有無？） 有・無 （頻度？） _____（週に何日？）

【断酒の試みの有無】

（断酒を試みた有無？） 有・無

（いつ頃から？） _____ 歳頃から どのくらいの期間？ _____

【断酒会や AA(自助グループ)との関わり】 (有・無)

【参考】

ICD-10 によるアルコール依存症 (alcohol dependence syndrome) の診断ガイドライン

過去 1 年間に以下の項目のうち 3 項目以上が同時に 1 ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合

1. 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感
2. 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動を統制することが困難
3. 禁酒あるいは減酒したときの離脱症状
4. 耐性の証拠
5. 飲酒にかわる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長
6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒

<⑩問題飲酒の経過と状況>

(家庭的問題)

【暴言・暴力・虐待】 有・無 内容 _____

【近所からの苦情】 有・無 内容 _____

【器物損壊】 有・無 内容 _____

【子供の状態】 内容 (不登校、非行など) _____

【家族の疾病】 _____

【本人のもともとの人柄や性格】 _____

【日頃の家庭での飲酒に関する対応】 _____

(社会的問題)

【経済基盤】 問題なし・年金収入・生活保護・その他 _____

【触法行為】 _____

【借金】 _____

(身体的問題) _____

(精神的問題) _____

<⑪ここ1ヶ月の飲酒状況と生活状況>

【自らの1日あたりの飲酒量を計算<SNAPPY-PANDA>】



【睡眠状況】 _____

【食事水分摂取状況】 _____

<⑫最終飲酒>

【日時】 _____年 _____月 _____日 _____時頃

【飲んだ酒の種類】 _____

【飲んだ量】 _____

<⑬自殺に対する思いや行動の有無>

過去： 有・無 (いつ頃?) _____ (方法?) _____

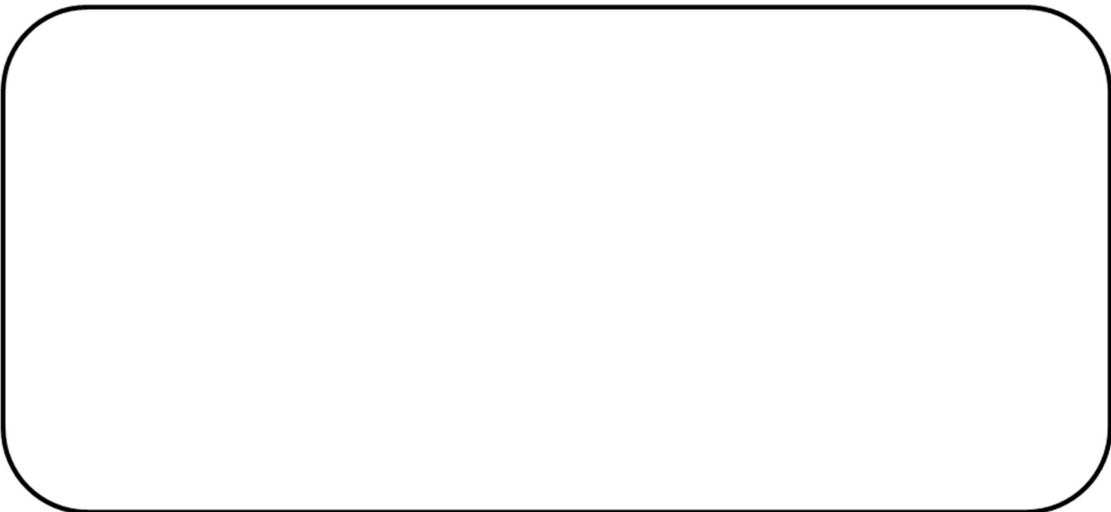
現在： 有・無 _____

<⑭児童期逆境体験（いじめ、虐待など）>



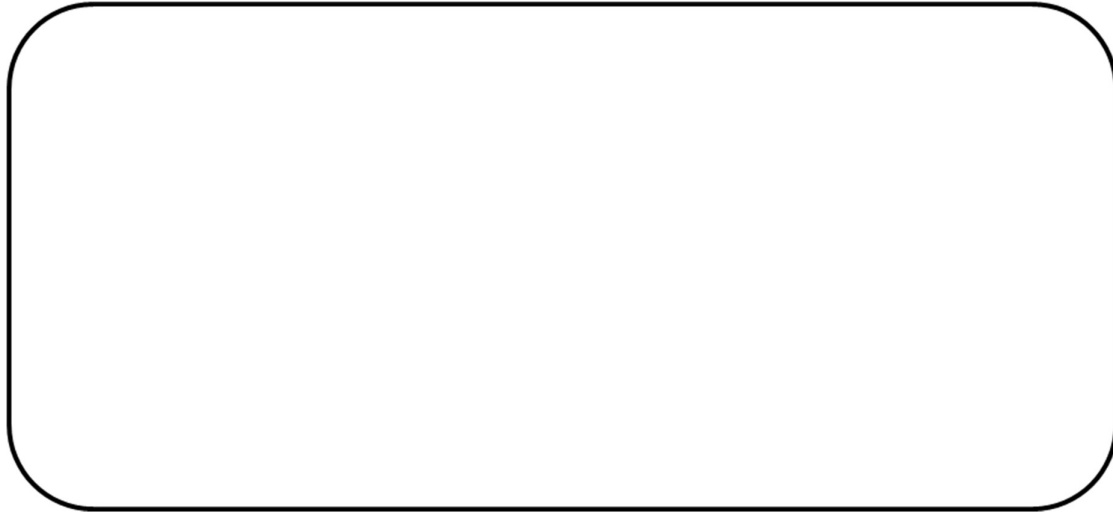
<⑮今後の希望>

【本人】 今回の相談のみ・継続相談・総合病院受診希望・依存症医療機関受診希望・その他



【紹介者・同伴者】

今回の相談のみ・継続相談・総合病院受診希望・依存症医療機関受診希望・その他



<⑩自らの飲酒問題をチェック<SNAPPY-CAT>>

結果画面をプリントアウトして貼り付ける。

