승인 양식
OMB No. 0930-0208
유효 기한 2015 년 5 월 31 일

CSAT GPRA 의뢰인 결과
자유재량 프로그램에 대한 대책

개정 2012 년 6 월 1 일

이 정보 수집에 대한 공공보고 부담으로 지침 검토, 기존 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 유지 그리고 정보 수집의 작성 및 검토 등 모든 항목을 의뢰인/참가자에게 질문할 경우 응답별 평균 30분이 걸릴 것으로 추정됩니다. 이에 필요한 시간은 제공자가 현재 진행 중인 의뢰인/참가자의 입원 또는 추적을 위해 이 정보의 상당 부분을 사전에 얼마나 입수했는가에 따라 줄어듭니다. 이러한 부담 예상 또는 이 정보 수집과 관련한 의견이 있는 경우 SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1044, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857로 보내주십시오. 대행사가 현재 유효한 OMB 관리 번호를 보여주지 않을 경우 그 대행사는 정보 수집을 실시하거나 후원할 수 없으며 개인은 자료 수집에 응답하지 않아도 됩니다. 이 프로젝트의 관리 번호는 0930-0208 입니다.

A. 기록 관리

의뢰인 ID |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

의뢰인 유형:

○ 치료 의뢰인
○ 회복 중인 의뢰인

계약/인가 ID |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

인터뷰 유형 ***[하나만 동그라미를 하십시오.]***

입원 ***[인터뷰 날짜로 가십시오]***

6 개월 추적 →→→ **추적 인터뷰를 하셨습니까**? ○ 예 ○ 아니요
[아닌 경우, 바로 섹션 I 로 가십시오.]

3 개월 추적 ***[청소년 포트폴리오에만 해당]*** →
추적 인터뷰를 하셨습니까? ○ 예 ○ 아니요
[아닌 경우, 바로 섹션 I 로 가십시오.]

퇴원 →→→ **퇴원 인터뷰를 하셨습니까**? ○ 예 ○ 아니요
[아닌 경우, 바로 섹션 J 로 가십시오.]

인터뷰 날짜 |____|____| / |____|____| / |____|____|____|____|
월 일 년

[추적 및 퇴원 인터뷰: 섹션 B 로 건너뛰기.]

---

1. 의뢰인이 동시에 일어나는 정신 건강 및 물질 사용 장애를 위한 귀하의 프로그램을 이용하여 검사를 받았습니까?

○ 예
○ 아니요 …..... .....***[1a 를 건너뛰십시오.]***

1a. ***[예로 답변하는 경우]*** **의뢰인이 동시에 일어나는 정신 및 물질 사용 장애에 대해 양성으로 나왔습니까?**

○ 예
○ 아니요

[SBIRT 계속. 모든 다른 경우는 A 절 "계획된 서비스"로 가십시오]

이 섹션은 SBIRT 인가에 대한 용도에 한함 [항목 2, 2a, 3 - 입원/최초 자료 시점에서만 보고]:

2. SBIRT 에 대한 의뢰인의 스크리닝 결과는 어떻게 나왔습니까?

○ 음성
○ 양성

2a. 의뢰인의 스크리닝 결과 점수는 몇 점입니까?

AUDIT = |____|____|

CAGE = |____|____|

DAST = |____|____|

DAST-10 = |____|____|

NIAAA 가이드 = |____|____|

ASSIST/알코올 하위점수 = |____|____|

기타(구체적으로 기술) = |____|____|

_____

_____

_____

3. 의뢰인은 SBIRT 프로그램에 계속 참가하려 했습니까?

○ 예
○ 아니요

A. 기록 관리 – 계획된 서비스 *[프로그램 스태프가 입원/최초 자료 시점에서만 의뢰인에 관해 보고]*

의뢰인이 치료 중이거나 회복 중일 때 의뢰인에게 제공하려는 서비스를 확인하십시오. *[각 항목에 대해 예라고 답하는 경우에는 " 예", 아닌 경우에는 " 아니요" 에 동그라미를 하십시오.]*

물리요법 **예 아니요**

[최소한 가지 이상 물리요법을 선택하십시오.]

1. 사례 관리 예 아니요
2. 주간 치료 예 아니요
3. 입원환자/병원(알코올/마약 중독자의 치료 외) 예 아니요
4. 외래환자 예 아니요
5. 봉사활동 예 아니요
6. 집중관리 외래환자 예 아니요
7. 메사돈 예 아니요
8. 거주 치료/재활 예 아니요
9. 중독 치료(하나만 선택하십시오)
   A. 병원 입원환자 예 아니요
   B. 독립 거주 치료 예 아니요
   C. 외래 중독 치료 예 아니요
10. 병후 간호 예 아니요
11. 회복 지원 예 아니요
12. 기타(구체적으로 기술하십시오) ___ 예 아니요

[최소 하나 이상의 서비스를 선택하십시오.]

치료 서비스 **예 아니요**

[SBIRT 인가: 1-4까지의 치료 서비스 중에서 최소 하나 이상에 " 예" 라고 동그라미 하십시오.]

1. 스크리닝 예 아니요
2. 간단한 개입 예 아니요
3. 간단한 치료 예 아니요
4. 치료 의뢰 예 아니요
5. 평가 예 아니요
6. 치료/회복 계획 예 아니요
7. 개별 상담 예 아니요
8. 그룹 상담 예 아니요
9. 가족/결혼 상담 예 아니요
10. 동시 발생 치료 회복 서비스 예 아니요
11. 약물학적 개입 예 아니요
12. HIV/AIDS 상담 예 아니요
13. 기타 진료 서비스 (구체적으로 기술하십시오) _____ 예 아니요

사례 관리 서비스 **예 아니요**

1. 가족 서비스(결혼, 교육, 육아, 아동 성장 발달 서비스 포함) 예 아니요
2. 아동 보육 예 아니요
3. 취업 서비스
   A. 취업 전 예 아니요
   B. 취업 지도 예 아니요
4. 개별 서비스 조정 예 아니요
5. 교통 수단 예 아니요
6. HIV/AIDS 서비스 예 아니요
7. 지원형 임시 마약 방지 시설 서비스 예 아니요
8. 기타 사례 관리 서비스 (구체적으로 기술하십시오) _____ 예 아니요

의료 서비스 **예 아니요**

1. 진료 서비스 예 아니요
2. 알코올/마약 테스트 예 아니요
3. HIV/AIDS 의료 지원 및 검사 예 아니요
4. 기타 의료 서비스 예 아니요
   (구체적으로 기술하십시오) _____

병후 간호 서비스 **예 아니요**

1. 지속적인 케어 예 아니요
2. 재발 방지 예 아니요
3. 회복 지도 예 아니요
4. 자조(自助) 및 지원 그룹 예 아니요
5. 영적 지원 예 아니요
6. 기타 병후 관리 서비스 (구체적으로 기술하십시오) _____ 예 아니요

교육 서비스 **예 아니요**

1. 약물 남용 교육 예 아니요
2. HIV/AIDS 교육 예 아니요
3. 기타 교육 서비스 (구체적으로 기술하십시오) _____ 예 아니요

P2P(동료간) 회복 지원 서비스 **예 아니요**

1. 동료 코칭 또는 멘토링 예 아니요
2. 주택 지원 예 아니요
3. 알코올 및 마약 방지 사회활동 예 아니요
4. 정보 및 추천 예 아니요
5. 기타 동료간 회복 지원 서비스 (구체적으로 기술하십시오) _____ 예 아니요

A. 기록 관리 – 인구 통계 *[입원/최초 자료 시점에 한해 질문]*

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

○ 남성
○ 여성
○ 트랜스젠더
○ 기타(구체적으로 기술하십시오) _____
○ 답변 거절

2. 귀하는 히스패닉 또는 라틴계입니까?

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절

[예로 답변하는 경우] **자신이 어느 민족에 속한다고 생각하십니까? 각 질문에 예 또는 아니요로 대답해 주십시오. 예라는 응답은 한 번 이상 하실 수 있습니다.**

	예	아니요	답변 거절
중앙아메리카인	예	아니요	답변 거절
쿠바인	예	아니요	답변 거절
도미니카인	예	아니요	답변 거절
멕시코인	예	아니요	답변 거절
푸에르토리코인	예	아니요	답변 거절
남아메리카인	예	아니요	답변 거절
기타	예	아니요	답변 거절 *[예로 답변하신 경우 아래에 구체적으로 기술하십시오]*

(구체적으로 기술하십시오) _____

3. 귀하는 어떤 인종에 속합니까? 각 질문에 예 또는 아니요로 대답하십시오. 예라는 응답은 한 번 이상 하실 수 있습니다.

	예	아니요	답변 거절
흑인 또는 아프리카계 미국인	예	아니요	답변 거절
아시아인	예	아니요	답변 거절
하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬주민	예	아니요	답변 거절
알래스카 원주민	예	아니요	답변 거절
백인	예	아니요	답변 거절
아메리카 인디언	예	아니요	답변 거절

4. 귀하의 생년월일은 언제입니까? *

|____|____| / |____|____| / *[*이 시스템은 기밀 유지를 위해 날짜는 저장하지 않고 월과 연도만 저장합니다.]*
월 일

|____|____|____|____|
년

○ 답변 거절

군인 가족 및 배치

5. **군대, 예비 부대 또는 주 방위군에서 복역한 적이 있습니까? *[복역한 경우]* 근무했던 곳은 군대, 예비 부대 또는 주 방위군 중에서 어느 것이었습니까?**

○ 아니요
○ 예, 군대
○ 예, 예비 부대
○ 예, 주 방위군
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절 또는 모름인 경우, 질문 A.6 으로 건너뛰십시오.]

5a. **귀하는 군대, 예비 부대 또는 주 방위군에서 현재 복역하고 있습니까? *[복역 중인 경우]* 군대, 예비 부대 또는 주 방위군 중 어느 곳에서 복역하고 있습니까?**

○ 아니요, 군대, 예비 부대 또는 주 방위군에서 분리되거나 은퇴함
○ 예, 군대
○ 예, 예비 부대
○ 예, 주 방위군
○ 답변 거절
○ 모름

5b. **전투 지역에 배치된 적이 있습니까? *[해당 사항 모두 선택]***

○ 배치된 적 없음
○ 이라크 또는 아프가니스탄(예: OEF/OIF/OND)
○ 페르시아만(사막의 방패 작전, 사막의 폭풍 작전)
○ 베트남/동남 아시아
○ 한국
○ 세계 2 차 대전
○ 위에 열거되지 않은 전투 지역에 배치됨(예: 보스니아/소말리아)
○ 답변 거절
○ 모름

[SBIRT 인가자: 음성으로 검사 결과가 나온 의뢰인의 경우 A6, A6a ~ A6d 를 모두 건너 뛰십시오.]

6. **가족이나 가까운 사람 중에서 군대, 예비 부대 또는 주 방위군에서 복무하고 있거나 군대, 예비 부대 또는 주 방위군에서 분리되거나 은퇴한 사람이 있습니까?**

○ 아니요
○ 예, 한 사람
○ 예, 두 사람 이상
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절 또는 모름인 경우 섹션 B 로 건너 뛰십시오.]

[예라고 답변한 경우, 최고 6 명에 대해 답변하십시오] *귀하께 그 사람은 어떤 관계입니까?*
[열 머리에 관계 기입]

1 = 모친 2 = 부친
3 = 남자 형제 4 = 여자 형제
5 = 배우자 6 = 동거인
7 = 자녀 8 =기타(자세히)_____

복역자 는 다음을 경험한 적이 있습니까? ***[해당하는 모든 항목의 열에서 답변을 선택]***	_____ **(관계) 1.**	_____ **(관계) 2.**	_____ **(관계) 3.**	_____ **(관계) 4.**	_____ **(관계) 5.**	_____ **(관계) 6.**
6a. 전투 작전 지원에 배치(예: 이라크 또는 아프가니스탄)되었습니까?	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름
6b. 전투 작전 중에 신체 부상을 입었습니까?	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름
6c. 외상 후 스트레스 장애(PTSD), 우울증 또는 자살 충동 등을 포함한 전투 스트레스 증상 또는 배치 후 적응 문제가 발생했습니까?	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름
6d. 사망 또는 피살되었습니까?	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름	○ 예 ○ 아니요 ○ 답변 거절 ○ 모름

.

B. 마약 및 알코올 사용

		일수	답변 거절	모름
1.	**지난 30 일 동안 다음의 품목을 며칠 동안 사용하셨습니까?**			
a.	어떠한 종류이든 임의의 알코올 ***[0 에 해당할 경우, 항목 B1c 로 건너뛰십시오.]***	|___|___|	○	○
b1.	알코올 중독(한 번에 5 잔 이상)	|___|___|	○	○
b2.	알코올 중독(한 번에 4 잔 이하 및 취기를 느낌)	|___|___|	○	○
c.	불법 마약***[B1a <u>또는</u> B1c 가 0 이거나, 답변 거절, 모름인 경우, B2 항목으로 건너 뛰십시오.]***	|___|___|	○	○
d.	알코올 및 마약 모두(같은 날)	|___|___|	○	○

투여 경로 유형:
1. 경구 2. 흡입 3. 흡연 4. 비정맥(Non-IV)주사 5. 정맥 주사
*일반적인 투여 경로를 기록하십시오. 경로가 하나 이상인 경우 가장 심각함을 선택하십시오. 경로는 가장 심각하지 않음(1)에서 가장 심각함(5)까지 있습니다.

2. 지난 30 일 동안 다음 품목을 며칠 동안 사용하였습니까?
[B2a ~ B2i 항목 중 어느 것이라도 그 값이 0 보다 큰 경우, B1c 의 값은 0 보다 반드시 커야 합니다.]

		일수	답변 거절	모름	경로*	답변 거절	모름
a.	코카인/크랙	|___|___|	○	○	|___|	○	○
b.	마리화나/해시시(팟(Pot), 조인트(Joint), 블런트(Blunt), 크로닉(Chronic), 위드(Weed), 메리제인)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
c.	아편제:						
	1. 헤로인(스맥(Smack), H, 정크(Junk), 스캐그(Skag))	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	2. 모르핀(Morphine)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	3. 딜라우디드(Diluadid)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	4. 데메롤(Demerol)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	5. 퍼코셋(Percocet)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	6. 다르본(Darvon)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	7. 코데인(Codeine)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	8. 타이레놀(Tylenol) 2,3,4	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	9. 옥시콘틴(Oxycontin)/옥시코돈(Oxycodone)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
d.	비처방 메사돈(methadone)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
e.	환각제, PCP (Angel Dust, Ozone, Wack, Rocket Fuel) MDMA (Ecstasy, XTC, X, Adam), LSD (Acid, Boomers, Yellow Sunshine), Mushroom 또는 Mescaline	|___|___|	○	○	|___|	○	○
f.	메탐페타민 또는 기타 암페타민(Meth, Uppers, Speed, Ice, Chalk, Crystal, Glass, Fire, Crank)	|___|___|	○	○	|___|	○	○

B. 마약 및 알코올 사용(계속)

투여 경로 유형:
1. 경구 2. 흡입 3. 흡연 4. 비정맥 주사 5. 정맥 주사
*일반적인 투여 경로를 기록하십시오. 경로가 하나 이상인 경우 가장 심각함을 선택하십시오. 경로는 가장 심각하지 않음(1)에서 가장 심각함(5)까지 있습니다 (5).

2. 지난 **30** 일 동안 다음 품목을 며칠 동안 사용하셨습니까**?**

[B2a ~ B2i 항목 중 어느 것이든 그 값이 0 보다 큰 경우, B1c 의 값는 0 보다 반드시 커야 합니다.]

		일수	답변 거절	모름	경로*	답변 거절	모름
g.	1. 벤조디아제핀: 디아제팜(Valium); 알프라졸람(Xanax); 트리아졸람(Halcion); 및 Estasolam (Prosom 과 Rohypnol–roofies, roche, cope 라고도 함)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	2. 바르비투르산염: 메포바비탈(Mebacut); 및 펜토바르비탈나트륨(Nembutal)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	3. 비처방 GHB[중대한 신체 상해, 리퀴드 엑스터시(Liquid Ecstasy), 조지아 홈 보이(Georgia Home Boy)라고 알려짐]	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	4. 케타민(Special K 또는 Vitamin K 로 알려짐)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
	5. 기타 진정제, 저하제, 신경안정제 또는 수면제	|___|___|	○	○	|___|	○	○
h.	흡입제(poppers, snappers, rush, whippets)	|___|___|	○	○	|___|	○	○
i.	기타 불법 마약(구체적으로 기술하십시오) _____	|___|___|	○	○	|___|	○	○

3. **지난 30 일 동안 마약을 주사한 적이 있습니까?** ***[B2a ~ B2i 에서 어떠한 경로나 주입이 4 또는 5 인 경우, B3 은 '예' 여야 합니다.]***

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절 또는 모름인 경우, 섹션 C 로 건너뛰십시오.]

4. **지난 30 일 동안 다른 사람이 사용했던 주사기/바늘, 제조기, 솜 또는 물을 몇 회나 사용했습니까?**

○ 항상
○ 기간의 절반 이상
○ 기간의 절반
○ 기간의 절반 이하
○ 사용한 적 없음
○ 답변 거절
○ 모름

C. 가족 및 생활 조건

1. 과거 30 일 동안 대부분의 시간을 어디에서 보냈습니까? ***[응답 옵션을 의뢰인에게 읽어주지 마십시오.]***

- ○ 보호시설(안전지대, 임시생활시설[TLC], 저위험자 시설, 수용시설, 기타 임시 주간 또는 저녁 시간 시설)
- ○ 거리/외부(보도, 문간, 공원, 공공건물 또는 방치 건물)
- ○ 기관(병원, 요양소, 감옥/교도소)
- ○ 거주 방식: ***[거주에 해당하는 경우, 해당 하위 범주를 선택하십시오:]***
  - ○ 자가/임대 아파트, 방 또는 주택
  - ○ 타인의 아파트, 룸 또는 주택
  - ○ 기숙사/칼리지 레지던스
  - ○ 재활시설
  - ○ 거주 치료
  - ○ 기타 거주 방식(구체적으로 기술하십시오)_____
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

2. 지난 **30** 일 동안 알코올과 기타 마약 사용으로 얼마나 스트레스를 받았습니까**?**
[B1a 또는 B1c 가 0 보다 큰 경우, C2 는 "해당 사항 없음"이 될 수 없습니다.]

- ○ 전혀 받지 않음
- ○ 어느 정도 받음
- ○ 상당히 받음
- ○ 극심하게 받음
- ○ 해당 사항 없음***[B1a 및 B1c 가 0 인 경우에만 사용.]***
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

3. 지난 30 일 동안 알코올이나 마약 사용으로 인해 중요한 활동을 줄였습니까 아니면 포기했습니까?
[B1a 또는 B1c 가 0 보다 큰 경우, C3 는 "해당 사항 없음"이 될 수 없습니다.]

- ○ 전혀
- ○ 어느 정도
- ○ 상당히
- ○ 극심하게
- ○ 해당 사항 없음***[B1a 및 B1c 가 0 인 경우에만 사용.]***
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

C. 가족 및 생활 조건(계속)

4. 지난 **30** 일 동안 알코올이나 마약 사용으로 정서적인 문제를 일으켰습니까**?**
[B1a 또는 B1c 가 0 보다 큰 경우, C4 는 "해당 사항 없음"이 될 수 없습니다.]

○ 전혀
○ 어느 정도
○ 상당히
○ 극심하게
○ 해당 사항 없음***[B1a 및 B1c 가 0 인 경우에만 사용.]***
○ 답변 거절
○ 모름

5. ***[남성이 아닌 경우,] 현재 임신 중입니까?***

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

6. **자녀가 있습니까?**

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절 또는 모름인 경우, 섹션 D 로 가십시오.]

a. **귀하의 자녀는 몇 명입니까?** ***[C6 이 '예' 이면 C6a 의 값이 반드시 0 보다 커야 합니다.]***

|____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름

b. **귀하의 자녀가 법원의 아동 보호 명령으로 다른 사람과 생활하고 있습니까?**

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절, 또는 모름인 경우, 항목 C6D 로 건너뛰십시오.]

c. ***[예라고 답변하신 경우,]*** **법원의 아동 보호 명령으로 다른 사람과 생활하는 자녀는 몇 명입니까?** ***[C6c 의 값은 C6a 의 값을 초과할 수 없습니다.]***

|____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름

d. **몇 명의 자녀에 대해 부모 자격을 상실했습니까?** ***[의뢰인의 부모 자격이 중단되었습니다.] [항목 C6d 의 값은 C6a 의 값을 초과할 수 없습니다.]***

|____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름

D. 교육, 취업 및 수입

1. **현재 재학 중입니까 아니면 직업 훈련을 받고 있습니까?** ***[재학 중인 경우,]*** **정규 학생(full time)입니까 아니면 시간제 학생(part time)입니까?** ***[의뢰인이 감금된 상태이면 D1을 "등록 안 함"으로 코딩하십시오.]***

- ○ 등록 안 함
- ○ 정규 학생으로 재학
- ○ 시간제 학생으로 재학
- ○ 기타(구체적으로 기술하십시오)_____
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

2. 학위 취득 여부와 상관 없이 귀하의 최고 학력은 무엇입니까**?**

- ○ 무학
- ○ 1 학년
- ○ 2 학년
- ○ 3 학년
- ○ 4 학년
- ○ 5 학년
- ○ 6 학년
- ○ 7 학년
- ○ 8 학년
- ○ 9 학년
- ○ 10 학년
- ○ 11 학년
- ○ 12 학년/고교 졸업장/이와 동등한 학위
- ○ 칼리지 또는 대학교/1 학년 수료
- ○ 칼리지 또는 대학교/2 학년 수료/준학사 학위(AA, AS)
- ○ 칼리지 또는 대학교/3 학년 수료
- ○ 학사 학위(BA, BS) 이상
- ○ 고교 졸업 후 실업/기술 교육을 수료했지만 학위 없음
- ○ 고교 졸업 후 실업/기술 교육을 수료
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

3. **현재 취업 중입니까?** ***[지난 주 동안 의뢰인이 출근을 했는지 또는 정규 직장이 있지만 쉬었는지를 현재 상태를 중심으로 말씀해 주십시오.] [의뢰인이 D1에서 "정규 학생으로 재학"이라고 했고 D3에서 "정규 직원 취업"이라고 나타내는 경우 다시 확인해 보십시오. 의뢰인이 감금 상태이고 감옥 밖에서 하는 일이 없는 경우 D3을 "실업 상태이며 구직 활동 안 함"으로 코딩하십시오.]***

- ○ 정규 직원 취업 (주 35 시간 이상 또는 그 정도였을 것임)
- ○ 파트타임 근무
- ○ 실업 상태이며 구직 활동 중
- ○ 실업 상태이며 장애가 있음
- ○ 실업 상태이며 자원봉사를 함
- ○ 실업 상태이며 퇴직했음
- ○ 실업 상태이며 구직 활동 안 함
- ○ 기타(구체적으로 기술하십시오)_____
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

D. 교육, 취업 및 수입(계속)

4. 다음의 출처로부터 지난 30 일 동안 대략 수입이 얼마였습니까(세전 개인 수입) ***[D3 이 '취업' 또는 '근무' 상태가 아니고 D4a 의 값이 0 보다 큰 경우 자세히 조사해 보십시오. D3 이 "실업 상태이며 구직 활동 중"이고 D4b 의 값이 0 인 경우 자세히 조사해 보십시오. D3 이 "실업 상태이며 퇴직했음"이고 D4c 의 값이 0 인 경우 자세히 조사해 보십시오. D3 이 "실업 상태이며 장애가 있음"이고 D4d 의 값이 0 인 경우, 자세히 조사해 보십시오.]***

			답변 거절	모름
a.	임금	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
b.	공적 부조	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
c.	연금	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
d.	장애 연금	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
e.	비법적 수입	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
f.	가족 및/또는 친구	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○
g.	기타(구체적으로 기술하십시오) _____	$ |__|__|__| , |__|__|__|	○	○

E. 범죄 및 형사 사법 상태

1. 지난 30 일 동안 체포된 적이 몇 번 입니까?

|____|____| 번 ○ 답변 거절 ○ 모름

[체포된 적이 없는 경우, 항목 E3 으로 건너뛰십시오.]

2. 지난 30 일 동안 마약 관련 범죄로 체포된 적이 몇 번 있습니까? ***[E2 의 값은 E1 의 값보다 클 수 없습니다.]***

|____|____| 번 ○ 답변 거절 ○ 모름

3. 지난 30 일 동안 감옥/교도소에서 지낸 날이 며칠입니까? ***[E3 의 값이 15 보다 큰 경우 C1 은 기관(감옥/교도소) 이어야 합니다. C1 이 기관(감옥/교도소) 인 경우 E3 의 값은 15 이상이어야 합니다.]***

|____|____| 일 ○ 답변 거절 ○ 모름

4. 지난 30 일 동안 범죄를 저지른 횟수가 몇 번입니까? ***[7 페이지 항목 B1c 에서 불법 마약을 사용한 일수를 확인하십시오. 불법 마약 사용은 범죄이므로 여기 E4 의 답변은 B1c 에 기록된 숫자와 같거나 더 많아야 합니다.]***

|____|____|____| 번 ○ 답변 거절 ○ 모름

5. 고발, 재판 또는 선고를 기다리는 중입니까?

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

6. 현재 가석방 또는 집행 유예 상태입니까?

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

F. 정신적·육체적 건강 문제 및 치료/회복

1. 현재 귀하의 전반적인 건강 상태는 어떻습니까?

- ○ 최상의 상태
- ○ 매우 좋음
- ○ 좋음
- ○ 보통
- ○ 나쁨
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

2. 지난 30 일 간 받으신 치료는 다음 중 무엇입니까?

a. 입원 치료: *[예로 답변한 경우]*

	예	총 치료 일수	아니요	답변 거절	모름
i. 통증 때문에	○	_____ 일	○	○	○
ii. 정신적 또는 정서적 장애 때문에	○	_____ 일	○	○	○
iii. 알코올 또는 약물 남용으로 인해	○	_____ 일	○	○	○

b. 통원 치료: *[예로 답변한 경우]*

	예	총 치료 횟수	아니요	답변 거절	모름
i. 통증 때문에	○	_____ 회	○	○	○
ii. 정신적 또는 정서적 장애 때문에	○	_____ 회	○	○	○
iii. 알코올 또는 약물 남용으로 인해	○	_____ 회	○	○	○

c. 응급실 치료: *[예로 답변한 경우]*

	예	총 치료 횟수	아니요	답변 거절	모름
i. 통증 때문에	○	_____ 회	○	○	○
ii. 정신적 또는 정서적 장애 때문에	○	_____ 회	○	○	○
iii. 알코올 또는 약물 남용으로 인해	○	_____ 회	○	○	○

F. 정신적·육체적 건강 문제 및 치료/회복(계속)

3. 지난 30 일 동안 성관계가 있었습니까?

○ 예
○ 아니요→ ***[F4 로 가십시오.]***
○ 요구할 수 없었음 → ***[F4 로 가십시오.]***
○ 답변 거절 → ***[F4 로 가십시오.]***
○ 모름 → ***[F4 로 가십시오.]***

[예로 답변하신 경우] **총 횟수는 다음 중 무엇입니까?**

		접촉	답변 거절	모름
a.	성접촉(질내 성교, 구강 성교 또는 항문 성교) 횟수	|___|___|___|	○	○
b.	보호 장치 없는 성접촉 횟수 ***[F3b 의 값은 F3a 의 값보다 크면 안 됩니다.] [없는 경우, F4 로 가십시오.]***	|___|___|___|	○	○
c.	다음의 사람과 관계 시 보호 장치 없는 성접촉 ***[F3c1 부터 F3c3 까지의 값은 F3b 의 값보다 클 수 없습니다.]***			
	1. HIV 양성자 또는 AIDS 감염자	|___|___|___|	○	○
	2. 주사 약물 남용자	|___|___|___|	○	○
	3. 일부 약물에 크게 의존하는 자	|___|___|___|	○	○

4. HIV 검사를 받은 적이 있습니까?

○ 예 ..... ***[F4a 로 가십시오.]***
○ 아니요 ..... ***[F5 로 가십시오.]***
○ 답변 거절 ..... ***[F5 로 가십시오.]***
○ 모름 ..... ***[F5 로 가십시오.]***

4a. 귀하의 HIV 검사 결과를 알고 계십니까?

○ 예
○ 아니요

F. 정신적·육체적 건강 문제 및 치료/회복(계속)

5. 지난 30 일 동안 알코올이나 마약을 사용하지 않아서 며칠 동안

		일수	답변 거절	모름
a.	심각한 우울증을 경험했다	|____|____|	○	○
b.	심각한 불안 증세나 긴장감을 경험했다	|____|____|	○	○
c.	환각 상태를 경험했다	|____|____|	○	○
d.	이해, 집중 또는 기억에 어려움을 경험했다	|____|____|	○	○
e.	폭력적인 행위를 조절하는 데 어려움을 경험했다	|____|____|	○	○
f.	자살을 시도했다	|____|____|	○	○
g.	심리적/정서적 문제로 약물을 처방 받았다	|____|____|	○	○

[의뢰인이 5 번 질문의 모든 항목에 대해 0 일, 답변 거절 또는 모름으로 응답한 경우, F7 로 건너뛰십시오.]

6. 지난 30 일 동안 이러한 심리적 또는 정신적 문제를 얼마나 겪었습니까?

○ 전혀 받지 않음
○ 약간
○ 보통
○ 상당히
○ 심하게
○ 답변 거절
○ 모름

폭력 및 외상

7. 폭력이나 외상을 경험한 적이 있습니까(지역사회 또는 학교 폭력, 가정 폭력, 가족 내부 또는 외부에서의 신체적, 정신적 또는 성적 폭력, 자연 재해, 테러, 방치, 외상성 슬픔 등을 포함)?

○ 예
○ 아니요 ***[F8 로 건너뛰십시오.]***
○ 답변 거절
○ 모름

[아니요, 답변 거절 또는모름인 경우, F8 로 건너뛰십시오.]

F. 정신적•신체적 건강 문제 및 치료/회복(계속)

과거나 현재에 느꼈던 두렵거나, 공포스럽거나 분노를 느낀 경험으로 인해 귀하는:

7a. **그와 관련된 원하지 않는 악몽을 꾸거나 생각이 떠오른 적이 있습니까?**

- ○ 예
- ○ 아니요
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

7b. **생각하지 않으려고 노력했거나 연상되는 상황을 피하기 위해 그 자리를 떠난 적이 있습니까?**

- ○ 예
- ○ 아니요
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

7c. **지속적으로 보호를 받거나, 감시를 받거나 쉽게 놀란 적이 있습니까?**

- ○ 예
- ○ 아니요
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

7d. **다른 사람이나 활동이나 주변 상황을 감지하지 못하고 격리된 느낌을 받았습니까?**

- ○ 예
- ○ 아니요
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

8. **지난 30 일 동안 얼마나 자주 맞거나, 발로 차이거나, 손으로 맞거나 신체적 손상을 입었습니까?**

- ○ 전혀 없음
- ○ 몇 차례
- ○ 여러 번
- ○ 답변 거절
- ○ 모름

G. 사회적 연계성

1. 지난 30 일 동안 종교 단체 또는 교리 단체와 연관이 없는 자원봉사 자조 단체에 참가하여 회복 서비스를 받았습니까? 다시 말해 중독 관련 문제를 겪고 있는 사람들을 돕는 알코올 중독 방지회, 약물중독 방지회, 옥스포드 하우스, SOS(Secular Organization for Sobriety) 또는 WFS(Women for Sobriety)와 같은 같은 입장에 있는 사람들이 운영하는 비전문 기관에 다닌 적이 있습니까?

○ 예 ***[예인 경우]*** 몇 차례 다녔는지 구체적으로 기술하십시오 |____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

2. 지난 30 일 동안 종교/교리 관련 갱생 단체에 다닌 적이 있습니까?

○ 예 ***[예인 경우]*** 몇 차례 다녔는지 구체적으로 기술하십시오 |____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

3. 지난 30 일 동안 위에 언급한 기관 외에 다른 갱생 지원 기관 모임에 다닌 적이 있습니까?

○ 예 ***[예인 경우]*** 몇 차례 다녔는지 구체적으로 기술하십시오 |____|____| ○ 답변 거절 ○ 모름
○ 아니요
○ 답변 거절
○ 모름

4. 지난 30 일 동안 귀하의 갱생 활동을 도와준 가족 및/또는 친구와 대화를 해보았습니까?

○ 예
○ 아니요
○ 답변 거부
○ 모름

5. 귀하는 문제가 생기면 누구에게 알립니까? ***[하나만 선택하십시오.]***

○ 알릴 사람 없음
○ 성직자
○ 가족
○ 친구
○ 답변 거절
○ 모름
○ 기타 구체적으로 기술하십시오_____

I. 추적 상태

[추적 시에 한해 프로그램 직원이 의뢰인에 대해 보고함]

1. 의뢰인의 추적 상태는 어떻습니까? ***[이 항목은 필수 사항으로서 해당 사항 없음, 답변 거절, 모름을 선택하거나 누락시킬 수 없습니다].***

- ○ 01 = 기일에 사망
- ○ 11 = 지정된 시간 범위 내에 인터뷰를 끝냄
- ○ 12 = 지정된 시간 범위를 넘어서 인터뷰를 끝냄
- ○ 21 = 찾아 갔으나 대답 안 함, 명기되지 않음
- ○ 22 = 찾아 갔으나 기관으로부터 면접권을 얻지 못함
- ○ 23 = 찾아 갔으나 달리 면접권을 얻지 못함
- ○ 24 = 찾아 갔으나 프로젝트에서 제외됨
- ○ 31 = 이사를 가서 찾을 수 없었음
- ○ 32 = 기타 사유로 찾을 수 없었음(구체적으로 기술하십시오) _____

2. 의뢰인이 아직도 귀하의 프로그램에서 서비스를 받고 있습니까?

- ○ 예
- ○ 아니요

[이 인터뷰가 추적 인터뷰인 경우 여기에서 중단하십시오. 인터뷰가 끝났습니다.]

J. 퇴원 상태

[퇴원 시에 한해 프로그램 직원이 의뢰인에 대해 보고]

1. 의뢰인의 퇴원 날짜는 언제입니까?

|____|____| / |____|____| / |____|____|____|____|
월 일 년

2. 의뢰인이 퇴원한 이유는 무엇입니까?

○ 01 = 이수/졸업
○ 02 = 종료

의뢰인이 종료한 경우 그 사유는 무엇입니까? ***[한 가지 답변을 선택하십시오.]***

○ 01 = 상태 호전으로 직원의 충고를 무시하고 퇴원함
○ 02 = 상태가 호전되지 않았는데 직원의 충고를 무시하고 퇴원함
○ 03 = 참가하지 않았으므로 비자발적으로 퇴원함
○ 04 = 규칙 위반으로 어쩔 수 없이 퇴원함
○ 05 = 상태가 호전되어 다른 프로그램 또는 다른 서비스를 받게 함
○ 06 = 상태가 호전되지 않아 다른 프로그램 또는 다른 서비스를 받게 함
○ 07 = 상태가 호전되는 치료/회복 중에 저지른 범죄로 감금됨
○ 08 = 상태가 호전되지 않는 상태에서 치료/회복 중에 저지른 범죄로 감금됨
○ 09 = 상태가 호전되고 치료/회복과정에 들어가기 전에 받은 과거 소환장 또는 기소로 인해 감금됨
○ 10 = 상태가 호전되지 않는 상태에서 치료/회복과정에 들어가기 전에 받은 과거 소환장 또는 기소로 인해 감금됨
○ 11 = 건강 상의 이유로 다른 시설로 옮김
○ 12 = 사망
○ 13 = 기타(구체적으로 기술하십시오) _____

3. 프로그램에서 이 의뢰인에게 HIV 검사를 실시했습니까?

○ 예 ..... [섹션 K 로 건너뛰십시오.]
○ 아니요 ..... [J4 로 건너뛰십시오.]

4. *[아니요로 답변한 경우]* 프로그램에서 이 의뢰인을 검사 의뢰했습니까?

○ 예
○ 아니요

K. 의뢰인이 받은 서비스

[퇴원 시에 한해 프로그램 직원이 의뢰인에 보고함]

의뢰인이 치료/회복을 받는 동안 제공 받은 서비스 일수를 확인해 주십시오. *[제공 받은 서비스가 없는 경우 0을 입력하십시오. 물리요법의 경우 최소 하루 동안 받은 것이어야 합니다.]*

물리요법	날짜
1. 사례 관리	|___|___|___|
2. 주간 치료	|___|___|___|
3. 입원환자/병원(알코올/마약 중독자의 치료 외)	|___|___|___|
4. 외래 환자	|___|___|___|
5. 봉사 활동	|___|___|___|
6. 중증 외래환자	|___|___|___|
7. 메사돈	|___|___|___|
8. 거주 치료/재활	|___|___|___|
9. 중독 치료(하나만 선택하십시오):	
A. 병원 입원환자	|___|___|___|
B. 독립 거주 치료	|___|___|___|
C. 외래 중독 치료	|___|___|___|
10. 병후 케어	|___|___|___|
11. 회복 지원	|___|___|___|
12. 기타(구체적으로 기술) _____	|___|___|___|

의뢰인이 치료/를 받는 동안 제공 받은 세션 수를 확인해주십시오. *[제공 받은 서비스가 없는 경우 0을 입력하십시오.]*

치료 서비스	세션
[SBIRT 인가: 1-4 까지의 치료 서비스 중에서 최소 하나에 대한 세션을 받은 것이어야 합니다.]	
1. 스크리닝	|___|___|___|
2 간단한 개입	|___|___|___|
3. 간단한 치료	|___|___|___|
4. 치료 의뢰	|___|___|___|
5. 평가	|___|___|___|
6. 치료/회복 계획	|___|___|___|
7. 개별 상담	|___|___|___|
8. 그룹 상담	|___|___|___|
9. 가족/결혼 상담	|___|___|___|
10. 동시 발생 치료/회복 서비스	|___|___|___|
11. 약물학적 개입	|___|___|___|
12. HIV/AIDS 상담	|___|___|___|
13. 기타 진료 서비스 (구체적으로 기술) _____	|___|___|___|

사례 관리 서비스	세션
1. 가족 서비스(결혼 교육, 육아, 아동 발달 서비스 포함)	|___|___|___|
2. 아동 보육	|___|___|___|
3. 취업 서비스	
A. 취업 전	|___|___|___|
B. 취업 지도	|___|___|___|
4. 개별 서비스 조정	|___|___|___|
5. 교통 수단	|___|___|___|
6. HIV/AIDS 서비스	|___|___|___|
7. 임시 마약 방지시설 지원 서비스	|___|___|___|
8. 기타 사례 관리 서비스(구체적으로 기술하십시오) _____	|___|___|___|

의료 서비스	세션
1. 진료	|___|___|___|
2. 알코올/마약 검사	|___|___|___|
3. HIV/ AIDS 의료 지원 & 검사	|___|___|___|
4. 기타 의료 서비스 (구체적으로 기술) _____	|___|___|___|

병후 케어 서비스	세션
1. 지속적인 케어	|___|___|___|
2. 재발 방지	|___|___|___|
3. 회복 지도	|___|___|___|
4. 자조(自助) 및 지원 그룹	|___|___|___|
5. 정신적 지원	|___|___|___|
6. 기타 병후 간호 서비스 (구체적으로 기술) _____	|___|___|___|

교육 서비스	세션
1. 약물 남용 교육	|___|___|___|
2. HIV/AIDS 교육	|___|___|___|
3. 기타 교육 서비스 (구체적으로 기술) _____	|___|___|___|

동료간 회복 지원 서비스	세션
1. 동료 코칭 또는 멘토링	|___|___|___|
2. 주택 지원	|___|___|___|
3. 알코올 및 마약 방지 사회 활동	|___|___|___|
4. 정보 및 추천	|___|___|___|
5. 기타 동료간 회복 지원 서비스 (구체적으로 기술) _____	|___|___|___|