

PID:

Visit Date:

dd

MMM

yy

Visit:

DRUG USE

In the last 30 days, have you ever used any of the following substances...

	No	Don't know	Yes	Age of first use	# Days Used (in past 30 days)
1. Sedatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Tranquilizers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Painkillers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Stimulants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Marijuana, hash, HC, or grass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Cocaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Crack cocaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Hallucinogens e.g. LSD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Inhalents or solvents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Methamphetamines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Any other non-prescribed medications / substances?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
12.1. Specify other:	_____				

dd

MMM

yy