

## 小児科逆境的な小児期体験及び関連するライフイベント検査

(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ティーン (自己申告) (Teen (Self Report))

### 患者様にご記入ください

今日の日付 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

あなたのお名前 \_\_\_\_\_

多くのご家族がストレスの高い人生のできごとを経験します。時間がたつにつれて、これらの経験はあなたの健康や幸福な状態に影響を与えます。あなたができるだけ健康でいるのを私たちがお手伝いできるよう、ご質問をさせていただきます。あなたが生まれてからどんな時点でも、次のことが起こったとき、それを見たり、経験したりしたことがありますか。過去と現在のご経験を含めてください。質問の中には、複数の文からなり、「または」で区切られているものがあります。質問の一部へのお答えが「はい」であれば、全体の質問へのお答えは「はい」になります。

#### 第1部

当てはまる欄の「はい」にチェック (✓) を入れてください。

あなたが一緒に住んでいる親や介護者が刑務所に入れられたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは支援されていない、愛されていない、及び/または守られていないと感じたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたが一緒に住んでいる親や介護者は、精神的な問題がありましたか (例えば憂鬱、精神分裂症、双極性障害、PTSD、または不安障害など)。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
親や介護者があなたを侮辱する、恥をかかせる、見下す、などしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたの生みの親または介護者がアルコール、ストリートドラッグ、または処方薬の過剰使用で問題があったことがありますか、または現在問題を持っていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたが、介護者から適切な世話を受けなかったことがありますか (例えば安全でない状況から守られていない、リソースがあるにもかかわらず病気やケガの時に手当てをされなかったなど)。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたが、親または介護者が他の大人から怒鳴られる、罵倒される、侮辱される、または恥をかかされるのを見た、または聞いたことがありますか。またはあなたは、親または介護者が平手打ちをされる、蹴られる、殴られる、または武器でけがを負われるのを見た、または聞いたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
家庭内の大人があなたのことを、押ししたり、つかんだり、平手打ちを与えたり、物を投げつけたりしたことがありますか。または家庭内の大人が、跡が残ったりケガをするほど強くあなたを殴ったことがありますか。または家庭内の大人は、あなたを脅したり、ケガをするかもしれないとあなたが恐れるような行動をとったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは性的虐待を受けたことがありますか。例えば、望まない、または不快な状況で、だれかがあなたに触れたり、あなたに触れさせたり、またはオーラルセックス、アナルセックス、または膣部セックスを試みたり、実際に行ったりしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたの介護者の状況に多大な変化のあったことがありますか。例えば、親または介護者が離婚または別居したり、恋人が引越して来たり、別れたり、などがありましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

第1部でいくつ「はい」と答えましたか？

アンケートは裏面に続く。

Teen (Self Report) - Identified

第2部

当てはまる欄の「はい」にチェック (✓) を入れてください。

あなたはご近所、地区、または学校で暴力を見聞したり、その被害にあたりしたことはありますか（例えば、いじめ、攻撃、その他暴力行為、戦争やテロなど）。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは差別を経験したことがありますか（例えば、人種、民族、性別、性指向、宗教、学習障害や身体障害者など）。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは居住地の問題を経験したことがありますか（例えばホームレスになった、一定の居住地を持たない、6か月間に2回以上引越した、立ち退きや差し押さえにあった、複数の世帯や家族と同居しなければなかった、など）。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは十分な食べ物がないとか、買い物に行ける前に食べ物がなくなってしまうなどと心配したことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは、里親制度やイミグレーションなどの状況により、親や介護者から離れ離れになったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは親や介護者が重症の病気や障害などにかかるのを見たことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは、同居していた親や介護者が亡くなったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは、拘留、逮捕、または投獄されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
あなたは、恋愛相手（例えばボーイフレンドガールフレンドなど）から言語または身体的な虐待や脅しを受けたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

第2部でいくつ「はい」と答えましたか？

Teen (Self Report) - Identified