

Table 2: Substances used inconsistently for the entire Assessment Period						Not applicable
Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> day Alcohol: <input type="checkbox"/> (SD) Drug Use: Am <input type="checkbox"/> BZO <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> Cra <input type="checkbox"/> DoU <input type="checkbox"/> FYL <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> Nic <input type="checkbox"/> OXY <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>

