

자살 위험 평가

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

공급자가 귀하의 느낌을 이해할 수 있도록 하기 위해 다음 질문에 답변하십시오.

지난 달에 대한 이 질문에 답변해 주십시오.	예 (YES)	아니요 (NO)
1. 지난 달 동안 본인이 죽거나 잠이 든 후 영원히 깨어나지 않았으면 좋겠다고 생각한 적이 있습니까?		
2. 지난 한 달 동안 실제로 자살하려고 했던 생각을 한 적이 있었습니까?		
3. 지난 한 달 동안 자살 방법에 대해 생각해 본 적이 있습니까?		
4. 지난 한 달 동안 자살 생각을 행동으로 옮기려는 몇 가지 의도가 있었습니까?		
5. 지난 한 달 동안 자살 방법에 대한 상세사항의 일부 또는 전부를 계획한 적이 있습니까?		
6. <u>질문 #5에 대하여</u> 그렇다면 이 계획을 행동으로 옮길 계획입니까?		
7. 삶을 마치기 위해 아무 것도 하지 않았거나, 무엇인가를 하기로 시작했거나, 무엇인가를 하기로 준비한 적이 있습니까? 예: 알약 수집, 총기 구입, 귀중품 나눠주기, 유연장 작성 또는 자살 메모 작성, 알약을 꺼냈지만 복용하지 않음, 총을 들었지만 마음을 돌림, 총을 잡고 지붕으로 올라갔지만 뛰어내리지 않았음, 또는 실제로 약을 복용했거나, 총으로 자살하려고 했거나, 칼로 목숨을 끊으려 했거나, 목을 매달아 죽으려고 하는 등.		
8. <u>질문 #7에 대하여</u> 그렇다면 이들 중 어느 하나를 행동으로 옮긴 때는 언제였습니까? <input type="checkbox"/> 1년 전 <input type="checkbox"/> 3개월 ~ 1년 사이 <input type="checkbox"/> 지난 3개월 이내		

Suicide Risk Assessment



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help your provider understand how you've been feeling, please complete the following questions.

Please answer these questions about the past month.	YES	NO
1. During the past month, have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?		
2. During the past month, have you actually had any thoughts of killing yourself?		
3. During the past month, have you been thinking about how you might kill yourself?		
4. During the past month, have you had some intention of acting on those suicidal thoughts?		
5. During the past month, have you worked out some or all of the details of how to kill yourself?		
6. <u>If YES to #5</u> , do you intend to carry out this plan?		
7. Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc.		
8. <u>If YES to #7</u> , how long ago did you do any of these? <input type="checkbox"/> Over a year ago? <input type="checkbox"/> Between three months and a year ago? <input type="checkbox"/> Within the last three months?		