

自殺リスク評価

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

あなたを治療する医療機関があなたの感情の状態を理解できるように、以下の質問に答えてください。

先月のことについて、以下の質問に答えてください。	はい (YES)	いいえ (NO)
1. 死んだほうがまし、あるいは寝たまま目が覚めなければよいと思ったことがありますか？		
2. 実際に自殺しようと思ったことがありますか？		
3. 自殺の方法について考えたことがありますか？		
4. 自殺を実行しようとしたことがありますか？		
5. 自殺する方法を一部または全部を計画したことがありますか？		
6. 質問5の回答が「はい」の場合、この計画を実行するつもりがありますか？		
<p>7. 自分の人生を終わらせるために、これまでに何かをした、し始めた、または準備したことがありますか？</p> <p>例：錠剤を集めた、銃を入手した、貴重品を処分した、遺書や自殺メモを書いた、錠剤を摂取したが飲み込まなかった、銃を手にしたが気が変わった、または取り上げられた、屋根に登ったが飛び降りなかった、あるいは、実際に錠剤を摂取した、自分を撃った、自傷行為を行った、首をつろうとしたなど。</p>		
<p>8. 質問7の回答が「はい」の場合、どのぐらい前に実行しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 1年前ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 3ヶ月～1年前ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 最近3ヶ月間以内ですか？</p>		

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?		