

自殺行為篩選問卷

個案姓名： 年齡： 教育程度：

檔案編號： 居住地： 填表人： 日期：

指導語：

假如你懷疑在你周遭的親人或朋友，可能正面臨自殺的威脅時，請仔細的詢問自己以下的問題：

	是	否
1. 這個人過去是否曾有自殺的企圖。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 他／她是否患有潛在致命的疾病，如：癌症或是愛滋病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 這個人是否患有慢性的疾病，如：嚴重的心臟病或冠狀動脈硬化症？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 他／她在飲食、飲水與睡眠的型態是否有戲劇化的改變？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 他／她是否變得情緒多變、低落或是哀愁？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 這個人是否曾談論過死亡或自殺的內容？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他／她是否曾經擁有執行自殺的計劃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 他／她是否曾經作過以下的評論：「有什麼用？」、「那些再也不重要了」？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 這個人是否有預期性死亡的念頭？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 他／她對於獎勵的擁有已不在乎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 藥物或酒精的使用是否較往常增加？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 他／她是否已著手進行「上緊下鬆」的策略，如：組織個人的報告或是整理原本看起來是雜亂無章的辦公室？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 課業或工作上的表現低落？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 最近是否結束一段親密浪漫的關係？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 這個人是否從正常的活動中退縮下來？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 他／她是否曾表達無價值或失望的感覺？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 他／她是否已從朋友與家人的關係中抽離出來？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 這個人是否已不在乎個人的外表狀態？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 這個人是否有生理症狀的抱怨，如：頭痛或倦怠感？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自殺行為篩選問卷

- | | 是 | 否 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 20.他／她是否突然表現得很愉悅或是在一段時期的失望後而變得十分沈默？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21.青少年或壯年者的行為表現，是否變得較以往來得暴力、有敵意、或反叛？他／她是否不告而別？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

附記：

假如這些問題，你的回答“是”愈多者，我們就有更多的理由請你予以正視這個問題。因為自殺的威脅與緊急的醫療處置是需要專業人員的協助，才可能完成。因此，你必須儘快的撥 1 1 9 以尋求協助，同時也請仔細小心的看照疑似有自殺傾向的人，以保護他／她的安全，待醫療救護人員到達後，送醫予以適當的處理。