



แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

1. ชื่อ - สกุล.....
2. ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
3. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
4. เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต.....ครั้ง
5. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
ครั้งที่ 1 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 2 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 3 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 4 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์ อาการหรือความคิด ความรู้สึก ดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ ห่มหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	☐	☐
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	☐	☐
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	☐	☐
4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	☐	☐
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	☐	☐
6. ทำนดืมเครื่องดืมประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดืมหนัก ดืมจนเมา	☐	☐
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	☐	☐
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	☐	☐
9. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☐
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	☐	☐

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการบริการการปรึกษาหรือพบแพทย์ และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย