

姓名/ID :

評核員姓名 :

日期 :

請先向參加者或患者讀出聲明 (斜體字句子) , 然後詢問以下問題 , 收集資料 , 並填妥相關的VAGUS-CR分析量表。

「我希望了解您個人對目前之異常或罕見經歷的理解。您毋須理會其他人如何評論您的體驗。」

1) 請說明您經歷的異常或罕見情況 , 例如

	是	否
A) 您是否曾聽見別人聽不見的聲音或話語 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 您是否曾看見別人看不見的影像或事物 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) 您是否曾害怕某些人、力量或事物跟蹤您、追逐您或傷害您 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) 您是否曾從電視、電台、報章或其他途徑接收到只針對您本人的訊息 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 您是否曾從街上的陌生人身上接收到只針對您本人的訊息 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 您是否曾擁有特殊天賦或超能力 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 您是否曾懂得讀心術 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 您是否曾覺得有人洞悉您的想法 ? 您是否曾認為所有人都知道您在想甚麼 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) 您是否曾與神建立比一般信徒更特殊的關係 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) 您是否曾與異度空間的事物 (例如 : 天使、魔鬼或外星人) 溝通 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) 您是否曾感到過度愧疚 ? 您是否曾做非常邪惡的事 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) 您是否曾感到有外力控制您的思想或行為 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) 您是否曾感到被附體 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) 您是否曾感到身體或體內某部分患病、腐化或壞死 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) 其他 : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) 您會如何解釋自己曾經歷的異常或罕見情況 ? 目前 , 您認為這些體驗是由甚麼引起 ?

3) 您 目前 是否認為自己患有精神病或精神失常 (例如 : 思覺失調、躁鬱症、或抑鬱症兼思覺失調) ? 請詳細說明。

4) 您認為自己是否需要就所經歷的異常或罕見經歷接受治療 ? 您是否需要服食抗精神病藥物 ? 請詳細說明。

5) 您是否曾因目前經歷的異常或罕見情況、情緒問題或精神問題而受到負面影響 (例如 : 留院治療、工作或社交活動受阻) ?