

アセスメントシート

自殺未遂者支援（様式1）
（医療機関→保健所）

記入日（ 年 月 日 ）

記入者名（ ）

※ 太枠内は、できるだけご記入ください。

(ふりがな) 氏名	(男・女)	生年	M . T			
		月日	S . H			
住所	電話					
職業	会社員・自営業・無職・学生・主婦・その他()		結婚	未婚・既婚・離婚		
既往歴	内科的疾患()・外科的疾患()・精神科疾患()・なし・不明					
精神科受診歴	現在あり・過去あり・なし・不明		※「あり」の場合、分かる範囲でご記入ください。 ・医療機関名() ・主治医名() ・診断名()			
自殺の手段	縊首・服薬・服毒・飛び降り・飛び込み 切創/刺創・ガス・焼身・その他()		遺書	有・無	直前飲酒	有・無
自殺企図 及び 念慮など	過去にも自殺未遂・自傷歴がある		(あり・なし・不明)			
	自殺の意図があり、自らの行為であった		(そうであった・ちがう・不明)			
	外来受診時、致命的な状態であった		(そうであった・ちがう・不明)			
	現在も自殺念慮または希死念慮がある		(あり・なし・不明)			
	自殺について具体的な計画がある		(あり・なし・不明)			
アルコールの習慣があり、アルコール問題がある		(あり・なし・不明)				
自殺の動機 (※1裏面に分類例あり)	健康問題(身体疾患・精神疾患)・経済問題・家庭問題 男女問題・勤務問題・学校問題・不明・その他()					
その他特記事項						
かかりつけ医の有無	(あり(病院名:)・なし・不明)					
搬送日(受診日)	平成 年 月 日(曜日)	現在の状況	入院中・自宅・その他()			
*入院中の方のみ 退院見込み	転院予定(病院名:)・退院予定(日頃)・未定					
支援事業の説明	した(本人・家族)・していない					
支援事業の同意	有(同意者: 本人・家族())・無					



リーフレットの配付	配付した	・	配付していない
-----------	------	---	---------

※1 自殺の動機 分類例

健康問題	・病気の悩み（身体・精神の病気） ・身体障害の悩み など
経済問題	・倒産 ・事業不振 ・失業 ・就職失敗 ・生活苦 ・負債 ・借金の取り立て苦 ・自殺による保険金支給 など
家庭問題	・家族関係(親子・夫婦関係)の不和 ・家族の死亡 ・家族の将来悲観 ・家族からのしつけ、叱責 ・子育ての悩み ・被虐待 ・介護、看病疲れ など
男女問題	・結婚をめぐる悩み ・失恋 ・不倫の悩み ・交際をめぐる悩み など
勤務問題	・仕事の失敗 ・職場の人間関係 ・職場環境の変化 など
学校問題	・入試に関する悩み ・進路に関する悩み ・学業不振 ・教師との人間関係 ・いじめ ・学友との不和 など

*自殺統計原票の項目を参考に作成

【参考】 自殺危険度の評価(鹿児島県自殺対策相談マニュアルより抜粋)

危険度	兆候 と 自殺念慮	自殺の計画性
軽度	・精神症状や行動が不安定 ・自殺念慮はあるが一時的	ない
中度	・持続的な自殺念慮がある ・複数の危険因子が存在するが、支援を受け入れる姿勢はある	具体的な計画はない
高度	・持続的な自殺念慮がある ・複数の危険因子が存在し、支援を拒否する	具体的な計画がある
重度	・自殺の危険がさし迫っている (自殺しないことをなかなか約束してくれない、自殺の長期的計画を口にする、今すぐにも死にたいと述べる)	自殺が切迫している