

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。」

	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"/>

- 1) 請說明您經歷的異常或罕見情況，例如：
- 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)？