

氏名:

評価者:

日付:

最初に斜体で記されている文章を参加者または患者に読み、以下の質問を尋ねながら情報を収集し、**VAGUS-CR 病識評価尺度を完成させてください。**

私は、あなたの風変わりな珍しい体験を、**現在**、あなたがどのように理解しているかについて関心を持っています。他の人があなたの体験をどのようにあなたに信じてほしいと望んでいるかには関心が **ありません**。

1) あなたの風変わりな珍しい体験について説明してください。例えば

	はい	いいえ
A) 他人には聞こえないような声や音を聞いたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 他人には見えないような幻やものを見たことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) あなたをつけてきたり、つかまえようとしたり、危害を与えようとしたりする人や力、存在を恐れたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) テレビ、ラジオ、新聞などからあなただけに向けての特別なメッセージを受け取ったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 通りで見知らぬ人々からあなただけに対する特別なメッセージを受け取ったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 何か特別な才能や能力を持っていたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 人の心を読むことができたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 他の方があなたの考えを読むことができたり、あなたの考えが他の人が聞くために放送されていると感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) 普通の人以上に神様と特別な関係を持ったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) 天使や悪魔といった霊的な存在や異星人と交流をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) 過度に罪の意識に苛まれたり、非常に悪いことをしたと感じたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) あなた以外の力が考えや行動を支配していると感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) 何かにとりつかれていると感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) 体やその一部が病気に犯されている、腐っている、死につつあると感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) その他: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) どのようにあなたの風変わりな珍しい体験を説明しますか？ **現時点で**、何がこれらの体験の原因だと考えていますか？

3) **現在**、あなたは、統合失調症や双極性障害（躁うつ病）、精神病性うつ病などのこころや精神の病気を抱えていると確信していますか？詳しく述べてください。

4) あなたの風変わりな珍しい体験は治療が必要だと思いますか？抗精神病薬による治療は**必要**ですか？詳しく述べてください。

5) 風変わりな珍しい体験、または感情的な問題や精神的な問題の結果として、良くない結果（入院、仕事上や社会生活における問題）を体験したことはありますか？