附件2：

严重精神障碍患者排查登记台账

 县（区、自治县） 乡镇/社区 村（居委会）

填报单位： 填报时间 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 身份证号 | 户籍地 | 现居住地 | 病人现状（在相应栏目打√） | 疾病诊断类型 | 危险评估等级 | 监护人姓名 | 监护人身份证号 | 监护人电话 | 是否建立联合管理小组 | 重新诊断结论 | 危险等级评估结论 | 诊断医生 | 备注 |
| 住院治疗 | 社区康复 | 居家管理 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填报人： 填报人电话：