附件 1

# 严重精神障碍患者排查登记表

# 填报单位： 填报时间 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 户籍地 | 现居住地 | 异常行为表现 | 患者现状（在相应栏目打√） | 疾病诊断类型 | 危险性评估等级 | 监护人姓名 | 监护人电话 | 是否建立联合服务管理（关爱帮扶）小组 | 备注 |
| 居家看护 | 住院治疗 | 社区管理 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |