附件1

阳江市临时保护性医疗申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 曾用名 |  | 身份证号码 |  |
| 户口所在地 | 省 市（县） 乡（镇） 村（路） |
| 联系亲友 | 姓名 | 关系 | 地址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 随身携带物品 |  |
| 病人类别： | “三无”严重精神障碍患者（ ） “流浪”严重精神障碍患者（ ） 肇事肇祸严重精神障碍患者（ ） |
| 发现经过 |  发现人（签名）：年 月 日 |
| 公安或城管部门意见 | 送诊单位： □同意送治 □不同意送治 送诊者签名：警官证号： 联系电话：  年 月 日 |
| 民政部门意见 | 送诊单位： □同意送治 □不同意送治 送诊者签名：联系电话：  年 月 日  |
| 收治医院意见 | □同意收治 □不同意收治 年 月 日 |
| 注：本表一式三份，由医院、公安部门和民政部门各执1份 |