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 | | | | | | | | |