附件2 严重精神障碍线索调查登记表

**街道(乡、镇)　 　 社区（村、居委会）村**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 单位及职业 | 家庭详细地址和电话 | 户主  姓名 | 与户主关系 | 符合“线索调查问卷”第几条 | 诊断 | 诊断复核 | 精神科执业医师签名及日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.本表由社区卫生服务中心和乡镇卫生院填写后，报县级精防机构。

2.精神科执业医师对确定严重精神障碍诊断的，在“诊断”一栏中填写疾病名称；对不能确定诊断的，在“诊断”一栏中填写“待核查”；对排除诊断的，在“诊断”一栏中填写“排除”；签名。

3.不能确定诊断的，请上级精神卫生医疗机构的精神科执业医师进行诊断复核，在“诊断复核”一栏中填写疾病名称并签名。

4.本表原件保存在县级精防机构，复印件反馈社区卫生服务中心和乡镇卫生院。

**填表机构名称： 　　 　　　　　 　　填表人： 　　 　 电话： 日期： 年 月 日**

**诊断机构名称： 　　 　　　　　 　　主管人员：　　　　　　 电话： 日期： 年 月 日**

**诊断复核机构名称： 　　　　　 　　主管人员：　　　　　　 电话： 日期： 年 月 日**