

表 1-2 重性精神疾病线索调查登记表

_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)_____县(市、区)_____街道(乡、镇)_____社区(村)

编号	姓名 (1)	性别 (2)	年龄 (3)	工作单位及职业 (4)	家庭详细地址和电话 (5)	监护人姓名 (6)	与监护人关系 (7)	符合“线索调查问题清单” 第几条 (8)	诊断 (9)	精神科执业医师签名及日期 (10)	诊断复查 (11)	精神科执业医师签名及日期 (12)

注：1. 本表由社区卫生服务中心和乡镇卫生院填写(1)至(8)项后，报县(区)级精防机构。如果监护人拒绝接受诊断，则在诊断栏填写“拒绝”后，报县(区)级精防机构。

2. 精神科执业医师对确定重性精神疾病诊断的，在第(9)项“诊断”栏中填写疾病名称；对不能确定诊断的，在“诊断”栏中填写“待核查”；对排除诊断的，在“诊断”栏中填写“排除”，并签名。

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，在第(11)项“诊断复查”一栏中填写疾病名称并签名。

4. 本表原件保存在县(区)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

诊断复查机构名称：_____ 主管人员：_____ 电话：_____ 日期：_____年__月__日