严重精神障碍患者个人信息补充表

姓名： **编号□□□－□□□□□**

监护人姓名		与患者关系	
监护人住址		监护人电话	
辖区村（居）委会联系人、电话			
户别	1 城镇　2 农村 □		
就业情况	1 在岗工人　2 在岗管理者　3 农民　4 下岗或无业　5 在校学生 6 退休　7 专业技术人员　8 其他　9 不详 □		
知情同意	1 同意参加管理 0 不同意参加管理 □ 签字：_____ 签 字 时 间 _____年 _____月 _____日		
初次发病时间	_____年_____月_____日		
既往主要症状	1 幻觉 2 交流困难 3 猜疑 4 喜怒无常　5 行为怪异　6 兴奋话多 7 伤人毁物 8 悲观厌世　9 无故外走 10 自语自笑　11 孤僻懒散 12 其他_____ □/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□/□		
既往关锁情况	1 无关锁　2 关锁　3 关锁已解除 □		
既往治疗情况	门诊	1 未治　2 间断门诊治疗　3 连续门诊治疗 □ 首次抗精神病药治疗时间_____年____月____日	
	住院	曾住精神专科医院/综合医院精神专科_____次	
目前诊断情况	诊断_____ 确诊医院_____确诊日期_____		
最近一次治疗效果	1 临床痊愈　2 好转　3 无变化　4 加重 □		
危险行为	1 轻度滋事____次　2 肇事_____次 3 肇祸_____次　4 其他危害行为_____次 5 自伤_____次　6 自杀未遂_____次 7 无 □/□/□/□/□/□/□		
经济状况	1 贫困，在当地贫困线标准以下　2 非贫困 □		
专科医生的意见 (如果有请记录)			
填表日期	年　月　日	医 生 签 字	