禄丰县严重精神障碍患者监护责任“以奖代补”补助资金审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监护人姓名 |  | | | 与患者的关系 |  |
| 监护人电话 |  | | | 监护人住址 |  |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 诊断 |  | | | 危险性评级 |  |
| 是否对精神障碍患者实施家庭暴力 |  | | | | |
| 是否遗弃精神障碍患者 |  | | | | |
| 是否配合按时随访 |  | | | | |
| 是否按照医嘱督促患者按时服药 |  | | | | |
| 是否帮助患者及时就诊 |  | | | | |
| 是否照顾好患者生活 |  | | | | |
| 患者康复地点 | 1在家（） 2社区（） 3医院（） 4其他（） | | | | |
| 关锁情况 | 1无关锁（） 2关锁（） 3关锁已解除（） | | | | |
| 年内是否发生肇事肇祸案（事）件 |  | | | | |
| 村居委会审核意见 | 责任人（签字）：  村（居）委会（签章）  年 月 日 | | | | |
| 乡镇派出所审核意见 | 责任人（签字）： 派出所（签章）  年 月 日 | | | | |
| 乡镇综治办审核意见 | 责任人（签字）： 综治办（签章）  年 月 日 | | | | |
| 乡镇卫生院审核意见 | 责任人（签字）： 卫生院（签章）  年 月 日 | | | | |
| 县卫生健康局审核意见 | 责任人（签字）： 县卫健局（签章）  年 月 日 | | | | |

禄丰县严重精神障碍患者监护人“以奖代补”监管责书签订汇总表

报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被监护人 姓名 | 性别 | 家庭住址 | 监管方式 | 监护人 | 联系电话 | 与被监护关系 | 监管责任书签订情况 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

禄丰县严重精神障碍患者监护责任“ 以奖代补”补助资金兑付汇总表

报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被监护人 姓名 | 性别 | 家庭住址 | 监管方式 | 监护人姓名 | 监护人联系电话 | 与被监护关系 | 兑付补助资金（元） | 监护人签字（盖章） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |