

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	