

외래치료 지원 대상자 평가서

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 근거는 구체적으로 적습니다.

환자	성명	생년월일	(남, 여)	[]급여 1종 []보험 []급여 2종 []기타
	주소		직업	
	기존 진단(ICD-10)			
	최초 발병일 년 월 일	최근 퇴원일 년 월 일	입원 총 횟수(다른 기관에 입원한 횟수를 포함 합니다) 회	

외래치료 지원 대상자 진단평가

진단명(ICD-10)	
증상 (두 개 이상 체크 가능)	[] 환각, 망상 [] 흥분, 혼미 [] 의식장애 [] 우울 [] 조증상태 [] 인격의 병적 상태 [] 행동조절장애 [] 그 밖의 증상()
자신의 건강·안전에 대한 위험 여부 및 근 거	1. 자해 위험 여부([] 있음 [] 없음) 2. 자해 위험 정도([] 아주 높음 [] 높음 [] 낮음) 3. 근거:
다른 사람에게 해를 끼칠 위험 여부 및 근 거	1. 타해 위험 여부([] 있음 [] 없음) 2. 타해 위험 정도([] 아주 높음 [] 높음 [] 낮음) 3. 근거:
최종 소견	[] 외래치료 지원 유지: 진단일부터 향후 필요한 외래치료 지원 예상기간 [] 1개월 [] 3개월 [] 6개월 [] 1년 [] 외래치료 지원 불필요: [] 자발적 외래치료 권고 [] 회복되어 추후 치료 필요 없음 [] 치료 유지를 위한 입원 권고

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제5항 및 같은 법 시행규칙 제 47조의2제3항에 따라 외래치료 지원 대상자에 대한 평가 결과를 위와 같이 제출합니다.

		년	월	일
면허번호		소속기관명		
소속정신 의료기관 유형	[] 국립 [] 공립 [] 민간	정신건강 의학과전문의	(서명 또는 인)	

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하