

■ 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제27호서식] <신설 2020. 4. 24.>

외래치료 지원(연장) 결정서

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 뒤쪽에 외래치료 지원의 구체적 이유와 치료내용을 적습니다. (앞쪽)

접수일	년	월	일	접수번호
환자	성명	생년월일	연락처	
			(남, 여)	
	주소			
입원유형: [] 보호입원 [] 행정입원				
보호의무자 (보호의무자가 있는 경우)	성명	생년월일	연락처	
	주소		환자와의 관계	
외래치료 지원청구 기관	명칭	담당자	연락처	
	주소			

■ 외래치료 지원(연장) 결정 요지:
위 환자에 대해 아래의 의료기관에서 아래의 기간 동안 외래치료를 받도록 지원할 것을 결정한다.

외래치료 지원수행 의료기관	명칭	담당자	연락처	
	주소			
치료지원 이행기간	퇴원일로부터 [] 1개월 [] 3개월 [] 6개월 [] 9개월 [] 12개월 또는 년 월 일부터 년 월 일까지			

■ 이유 및 치료내용: 뒤쪽(별지) 참조

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제4항 및 제8항, 같은 법 시행규칙 제47조제6항에 따라 위와 같이 외래치료 지원(연장)을 결정하였음을 통지합니다.

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제5항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람이 그 외래치료 지원 결정에 따르지 않고 치료를 중단한 때에는 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는지를 평가하기 위하여 지정정신의료기관의 평가를 받도록 명령할 수 있습니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·
시장·군수·구청장

직인

환자, 보호의무자, 외래치료 지원 청구 정신의료기관의 장, 정신건강복지
센터의 장 및 외래치료 지원 수행 정신의료기관의 장 귀하

* 환자 또는 보호의무자는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제60조 및 같은 법 시행령 제30조 제1항에 따라 이 외래치료 지원(연장)결정서를 받은 날부터 14일 이내에 ·시·도지사·특별자치시장·특별자치도지사에게 재심을 청구할 수 있습니다.

백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)

외래 치료 지원의 이유 및 치료내용

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 외래 치료 지원의 구체적 이유 및 치료내용을 적습니다.

(뒤쪽)

외래 치료
지원의
주된 이유

- 치료를 받지 않을 경우
 - [] 자신의 건강이나 안전을 해할 위험 있음
 - [] 다른 사람의 안전에 대한 위험 있음
 - [] 증상이 급격히 악화될 우려 있음
- 그 밖의 이유:

외래 치료 지
원의 구체적
이유 및 치
료내용