附件6

隆回县肇事肇祸精神疾病患者救治审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 | | |  | 年龄 |  | 户主姓名 |  |
| 家庭住址 | 乡镇 村 组 | | | | | | | | |
| 送治日期 |  | 患者身份证号 | | | |  | | 是否参保 | 是□ |
| 否□ |
| 就诊收治机构 | | |  | | | | | | |
| 申请理由：  监护人（或送治人）签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 村（居）意见：  经办人： （公章）  年 月 日 | | | | 乡镇（街道）意见：  经办人： （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 肇事肇祸情况：  派出所签字： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 诊断情况：    接诊医生签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县公安局审批意见：    审批人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：送治人需在患者办理入院手续时持已完成村（社区）、乡镇（街道）、派出所、县公安局审批的审批表和《接处警案（事）件登记表》交收治机构。