附件2

云阳县免费服用第二代抗精神病药患者申报名单

填报单位乡镇（街道）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者  姓名 | 患者  性别 | 患者  身份证号 | 患者  家庭住址 | 监护人  姓名 | 监护人  身份证号 | 监护人  手机号码 | 患者  类别※  （填写数字，4选1） | 患者  类别  核定  单位 | 是否持有精神残疾人证 | 精神残疾人证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※患者类别：1.居住3个月以上公安机关列管患者；2. 民政建档贫困户、特困人员的居家严重精神障碍患者；3. 民政建档人员中的居家严重精神障碍患者；4.无监护或弱监护（1户有2名及以上严重精神障碍患者、监护人年龄大于65岁）的居家严重精神障碍患者。

主要领导（签字）： 分管领导（签字）：

填报人（签字）： 填报人手机号码： 填报时间：