

입원 치료 의뢰서

환자	성명	생년월일	전화번호
	(남, 여)		
보호 의무자	주소		
	성명	생년월일	전화번호
	주소		

환자에 대한 소견(정신건강의학과전문의의 소견서 또는 진단서로 같음할 수 있습니다)

의사면허번호: 정신건강의학과전문의: (서명 또는 인)

환자에 대한 소견(정신건강의학과전문의의 소견서 또는 진단서로 같음할 수 있습니다)

의사면허번호: 정신건강의학과전문의: (서명 또는 인)

「정신보건법」 제25조제6항 및 같은 법 시행규칙 제15조제5항에 따라 위와 같이 입원치료를 의뢰합니다.

$\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{4}$

시장 · 군수 · 구청장 인

정신의료기관의 장 귀하

첨부서류	정신건강의학과전문의의 소견서 또는 진단서 2부(2명 이상의 정신건강의학과전문의가 발 행한 소견서 또는 진단서를 말합니다)	수수료 없음
------	--	-----------