

외래치료명령 청구서

환자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	주소		의료보장 종류
	진단명		입원일

1.입원당시 주요 증상

2.주요 입원 경과

3.퇴원 후 치료계획

4.외래치료명령이 필요한 기간: () 개월

의사 제 호 정신건강의학과전문의 제 호

의사명: (서명 또는 인)

위 환자가 「정신보건법」 제37조의2제1항에 따라 외래치료를 받는 것에 대해 동의합니다.

년 월 일

보호의무자 성명: (서명 또는 인) 환자와의 관계:

주소: (전화번호:)

「정신보건법」 제37의2제1항, 같은 법 시행령 제17조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제20조의2제1항에 따라 위와 같이 외래치료명령을 청구합니다.

년 월 일

정신의료기관의 장 인

시장·군수·구청장 귀하

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

처 리 절 차

