

외 래 치 료 명 령 통 지 서

환자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	주소		
	외래치료 명령기간: 퇴원일부터 ()개월		

외래치료 명령 사유:

「정신보건법」 제37조의2제3항 및 같은 법 시행규칙 제20조의2제2항에 따라 위와 같이 외래치료명령을 통지하오니, 정신의료기관에서 외래치료를 받으시기 바랍니다.

년 월 일

시장 · 군수 · 구청장 인

환자 · 보호의무자 귀하
정신의료기관의 장

※ 귀하께서 외래치료명령에 따르지 아니하고 치료를 중단하는 경우에는 자신 또는 다른 사람을 해할 위험성의 정도에 대한 평가를 위하여 「정신보건법」 제37조의2제4항에 따라 국 · 공립의료기관에서 평가를 받도록 명할 수 있음을 알려드립니다.