申　請　書

病患

因有下列情形

≤失眠　≤情緒低落　≤整日躺床　≤自殺意念　≤被害妄想

≤自言自語　≤話過多或過少　≤耳朵有聲音吵他　≤四處遊蕩　≤儀容髒亂

≤怪異動作　≤攻擊或破壞行為　≤強迫行為　≤人際關係　≤其他_____

或思想

家屬無法將病患送至醫院治療，茲檢附下列文件，請貴局協助就醫。

≤指定之醫療院所診斷證明書(由精神科專科醫師開立一個月內)

≤里鄰長證明書

≤其他_____

此致

新竹市衛生局(所)

申請人姓名：

簽　　章：

身分證字號：

與病人關係：

地　　址：

電　　話：

批示		審核結果	