

# 精神疾病鉴定委托书

被鉴定人姓名\_\_\_\_\_

疾病鉴定编号\_\_\_\_\_

# 委 托 鉴 定 书

病情性质：

鉴定目的与要求： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

特请贵院精神疾病医学鉴定小组对 \_\_\_\_\_

作精神医学鉴定。

委托方（盖章）

年 月 日

经办人：

电话：

邮编：

被鉴定人签名：

被鉴定人监护人签名：

被鉴定人与监护人关系：

# 赣州市第三人民医院精神疾病鉴定调查表

委托方								
委托日期				案由				
被 鉴 定 人	姓名		性别		年龄		婚否	
	籍贯		民族		文化程度		职业	
	工作单位				现地址			
病情摘要：								
个人简历：								

工作或学习情况（病后情况）

既往健康情况（幼年生长发育，曾患过何种重大疾病有无精神错乱，主要病态表现诊疗经过及结局）

人格特征（性格、脾气、兴趣、怪癖、宗教信仰、绰号、人际关系）

# 安 排 表

1、预约鉴定时间：        年    月    日

2、参加人员：

医师签名	阅后签字	日 期	主 检	主 笔	收卷人

存档日期：        年    月    日

或寄发日期：