



洛杉磯縣心理健康局  
由關係人提供之洛杉磯縣心理健康局患者資料

若此為心理疾病引起之緊急情況，  
請聯絡 24 小時全年無休的便民諮詢中心 ACCESS CENTER 1 800 854-7771 或撥打 911

該患者否已知悉您填寫此表格？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
表格填寫者姓名：	日期：		
與患者的關係：	電話號碼：		
病患姓名：	出生日期：		
在簽署了合適的免責聲明的前提下，我希望相關人員就此表格中的資訊與我聯絡。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
請說明您希望向我們傳達的具體顧慮事項或資訊。			
您是否還希望向我們傳達有關下列任何一個顧慮事項？ (如空位不足，請另附紙張書寫。)			
<input type="checkbox"/> 生活狀況	<input type="checkbox"/> 法律問題	<input type="checkbox"/> 診斷結果	<input type="checkbox"/> 物質濫用問題
<input type="checkbox"/> 藥物	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 行為	<input type="checkbox"/> 治療計畫
<input type="checkbox"/> 其他：			
如有勾選，請說明您的顧慮所在。			

本人明白填寫此表格將有助於向該患者的治療小組成員提供資訊。治療小組可自行決定是否將這些信息的來源告知該患者。

簽名

日期

請將填寫完畢的表格傳真至洛杉磯縣心理健康局 - 消費者與家庭事務辦公室：(213) 252-8767。

如果您有意與 DMH 的家庭權益倡導專員交談，請電話聯絡 (213) 738-3948。