

PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL  
HEALTH SERVICE DISTRICT  
DIVISION OF MENTAL HEALTH



Queensland  
Government  
Queensland Health

Transcultural Clinical  
Consultation Service,  
Old Transcultural  
Mental Health Centre  
1800 188 189

UR: \_\_\_\_\_

SURNAME: \_\_\_\_\_

GIVEN NAMES: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MALE

FEMALE

(Affix patient label here)

情報入手及び公開に関する同意書

関係者各位

私は、クイーンズランド多文化間メンタルヘルスセンターの職員が、診断、及び治療計画の  
目的で、他の代理人又は適切な第3者から情報を入手したり、他の代理人又は適切な第3者  
に必要な情報を公開することを許可します。

例外 (当センターに連絡を取ってほしくない機関、又は人物) : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

署名: ..... 日付: \_\_/\_\_/\_\_

氏名: .....

職員署名: ..... 日付: \_\_/\_\_/\_\_

官職: .....

職員氏名: .....

JAPANESE

CONSENT TO RELEASE INFORMATION