



MARYLAND
Department of Health

行为健康管理局

关于承诺证明的报告

本部分由填写非自愿收治入院申请随附的医生、精神科医生或精神科执业护士证明 (DHMH#2) 的医生、精神科医生或精神科执业护士填写。在证明后随附本表格的副本。

本人，下述签字 医生 精神科医生 精神科执业护士，于 ___/___/20___，对 _____
_____ 进行检查，并发现：

当事人姓名

1. 根据最新的精神疾病诊断与统计手册 (DSM)，该当事人患有以下精神疾病： _____

2. 患者需要接受机构住院照护或治疗的原因为： _____

3. 患者因以下原因会对其自身生命或他人的生命或安全构成威胁： _____

4. 患者 无法或 不愿意自愿收治入院，证据为： _____

5. 相较于住院精神病照护治疗，无其他符合患者福利和安全利益的限制性更低的替代方案可用，原因为 _____

6. 仅针对州立医院：对于已年满 65 岁的患者，成人评价转诊服务 (AERS) 团队已对患者进行了评价，确定无其他限制性较低的干预措施适用于患者：
AERS 评价由人员 _____ 于 ___/___/20___ 完成。

AERS 团队成员姓名

开具证明的医生/精神科医生/精神科执业护士签名

印刷/打印体

时间