

AGENCY/ADDRESS: _____

NAME:

First: _____

Middle: _____

Last: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

第 II 部分 - 关于您医疗记录的信息

为确定残障情况，我们需要最新的医疗证明来评估您的身体和/或精神障碍。如果在过去 12 个月内，您没有就您的障碍情况看过任何医疗服务提供者，当地机构可为您安排咨询检查。

B. 在过去 12 个月内，您是否就诊过任何其他医疗服务提供者？ 是 否
(如果“是”，请填写以下部分。)

请列出您在过去 12 个月内就诊过的所有医疗服务提供者的姓名、地址和电话号码 (例如，医生、执业护士/医生助理、心理健康顾问、身体/职业/言语治疗师、听力学家等)。(有续表可用。)

名称:	电话:	地址:
就诊原因:		
名称:	电话:	地址:
就诊原因:		
名称:	电话:	地址:
就诊原因:		

C. 在过去 12 个月内，您是否曾在医院或其他医疗护理机构接受过医疗护理？ 是 否
(如果“是”，请填写以下部分。)

请列出您在过去 12 个月内寻求过治疗的所有医院和其他医疗机构的名称和地址。
(有续表可用)。

名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	