

AGENCY/ADDRESS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NAME:**

First: \_\_\_\_\_

Middle: \_\_\_\_\_

Last: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Client ID Number (CIN): \_\_\_\_\_

Disability ID Number (DIN): \_\_\_\_\_

**파트 II - 의료 기록 관련 정보**

장애를 판단하려면, 신체 및/또는 정신 장애를 평가하기 위한 현재의 의료적 증거가 필요합니다. 지난 12개월 이내에 귀하의 장애와 관련하여 의료 제공자를 방문한 적이 없으신 경우, 해당 지역 지관에서 귀하에 대한 상담 검사를 준비할 수 있습니다.

B. 지난 12개월 이내에 기타 의료 제공자를 방문하신 적이 있습니까?  예  아니요  
(“예”라고 답한 경우, 아래의 항목을 작성하십시오.)

지난 12개월 이내에 귀하가 방문하신 모든 의료 제공자의 이름, 주소 및 전화번호를 기재하십시오(예: 의사, 간호사/의사 보조, 정신 건강 상담자, 물리/작업/언어 치료사 청각 전문가 등). (추가 용지를 사용하실 수 있습니다.)

이름:	전화번호:	주소:
방문 이유:		
이름:	전화번호:	주소:
방문 이유:		
이름:	전화번호:	주소:
방문 이유:		

C. 지난 12개월 이내에 병원 또는 기타 의료 치료 시설에서 의료 치료를 받은 적이 있습니까?  예  아니요  
(“예”라고 답한 경우, 아래의 항목을 작성하십시오.)

지난 12개월 이내에 귀하가 치료를 받은 모든 병원 및 기타 의료 시설의 이름과 주소를 기재하십시오. 추가 용지를 사용하실 수 있습니다.)

이름:	주소:
사유:	
이름:	주소:
사유:	
이름:	주소:
사유:	