

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

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

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

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

নাম:

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

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

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

## অংশ II -আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডের সম্পর্কে তথ্য

প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার উদ্দেশ্যে আপনার শারীরিক এবং/বা মানসিক অসুবিধা মূল্যায়ন করার জন্য চিকিৎসাগত প্রমাণ প্রয়োজন। যদি গত 12 মাসের মধ্যে আপনার অসুবিধার(গুলির) জন্য কোনও চিকিৎসা প্রদানকারীর সঙ্গে দেখা না করে থাকেন তাহলে স্থানীয় এজেন্সি দ্বারা আপনার জন্য পরামর্শমূলক পরীক্ষার ব্যবস্থা করা যেতে পারে।

B. আপনি কি গত 12 মাসে অন্য কোনও চিকিৎসা প্রদানকারীর(গণ) সঙ্গে দেখা করেছেন?  হ্যাঁ  না  
(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি গত 12 মাসের মধ্যে যে সমস্ত চিকিৎসা প্রদানকারীর সঙ্গে দেখা করেছেন তাদের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর লিখুন (উদাহরণস্বরূপ ফিজিশিয়ান, নার্স প্র্যাকটিশনার্স, ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্টেন্ট, মানসিক স্বাস্থ্য পরামর্শদাতা, ফিজিক্যাল/ অকুপেশনাল/স্পিচ থেরাপিস্ট অডিওলজিস্ট ইত্যাদি)। (অতিরিক্ত কাগজ পাওয়া যাবে।)

নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		
নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		
নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		

C. আপনি কি গত 12 মাসের মধ্যে কোনও হাসপাতালে বা অন্য কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্রে চিকিৎসা পরচর্যা গ্রহণ করেছেন?  হ্যাঁ  না  
(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি গত 12 মাসের মধ্যে যে সমস্ত হাসপাতাল এবং অন্যান্য চিকিৎসা কেন্দ্র থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন তাদের নাম এবং ঠিকানা লিখুন। (অতিরিক্ত কাগজ পাওয়া যাবে।)

নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	