### **INSTRUCTIONS TO COUNSEL**

#### **DIARY**

Name of Client:	 	
Address:	 	
_	 _	
Phone:		
Place of Employment:	 	
Occupation:		
Date of Accident:	 	
Location:	 	
I.C.B.C. Claim Centre:	 	
Claim No.:	 <u> </u>	
Adiuster:		

Circumstances of Accident	
Set out below a detailed description of the	accident including a diagram,
if possible.	,
•	•
•	
\\\\\\\\\	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
-	
	- •
	<u> </u>
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·
	·
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

## Complaints of Pain and Disconfort

Complete on a day-to-day basis as discomfort occures, as per example given

DATE .	COMPLAINT	ACTION TAKEN
October 22, 1981	lower back pain	tcok a 292
	~ \ \	
	·	
	·	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		, .
<u> </u>		·
:		
<u> </u>		
	<del></del>	
	-	

## Doctors Visits

Complete after each visit to doctor, as per example.

Date	.Transportation	Doctor and Address	Amoun
Oct. 23/81	cab	Dr. Smith, 750 West Broadway	\$ 6.00
<del></del>			
	<u> </u>		<del></del>
	<del> </del>		
<del></del>			
	<del> </del>		
			<u>-</u>
	<del>-  </del>		
		<u> </u>	
·			
	·		
	• .		

# Physiotherapy

Complete after each visit to physiotherapist, as per example given.

Date	Transportation	Therapist and address	Amount
Oct. 24/81	Car	Grant & McCulloch, 148 E.27th	gas
·			
	- 1		
· .			
	·	·	
	<u> </u>		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
<del> </del>			
	1		
			<u> </u>
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			,
<del> </del>			· · · - · · · · · · · · · · · · · · · ·
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			<u> </u>
· · · ·		<del></del>	<u>.</u>
·			
<del></del>			<u> </u>
·			
-			
		<u> </u>	

Page 5

# Hospitalization

	. 1	Dicharged on (Date)	
			<del></del>
			·
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<del></del>
	·		·
			<u> </u>
			<u> </u>
		<del> </del>	
	i i		
			, , , , , , , , , , , ,
	·	<u> </u>	· ·
			<del></del>
	<del>                                     </del>	ļ <u>-</u>	
		<del> </del>	
			<del> </del>

Page 6

Drugs and Appliances

Complete with each purchase of drugs or appliances and retain receipts for same.

ate	Store and Address	Doctor	Name of Item	Dosage	Amount
		<del> </del>	-		
				\ \	<u> </u>
					<del> </del>
					<del> </del>
			<del> </del>	-	<del> </del>
		<u> </u>	<u> </u>	<del></del>	<del></del>
	•	_	-		<del>-</del>
				<del> </del>	<del>- </del>
<del></del> .		<del>-</del>		-	
				-	<del>- </del>
		<del>-\</del>		<del>-</del>	<del></del>
		<del>-  </del> -			_
<del></del>				,	
					-
					_ <del> </del>
		<del>-  </del>			
	-				
		<u> </u>			

### Wage and Income Loss

Record each time loss from work and explanation for same.

<del></del>		
Date	Reason for Absence	Wage Lost
<del></del>		
·		
<del></del>		
·		
	1	
		·
·		
•		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
<u> </u>		
• •		
<del></del>		
·		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
·		<del></del>
<del></del>		
<del></del>		
		·

Other Expenses

Record all necessary purchases or expenses here and retain receipts for same.

Date	Exq	planation	Aı	rount .
<del></del>	_			
		<del></del>	1	
	<del> </del>		+	
·			-	<u>_</u>
·				<del></del>
<u>.</u>		·		
		,		
		<del></del>		
<del></del> -				,
	<del></del>			
, ———		<del></del>		
· · ·		<del></del>		
<del></del>				<del></del>
<u> </u>				<u> </u>
,			-	
		<del></del>	<del></del> _	<u> </u>
	<del></del>			<del> </del>
·				<del> </del> -
				<u> </u>