

Questionnaire médical confidentiel

Nom et Prénom(s) du patient:

Adresse:

Code postal: Ville:

Tél. domicile: Tél. bureau: Portable:

Date de naissance: Sexe: M F

Adresse e-mail:

Avez-vous des problèmes de santé?

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des traitements par le passé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires-sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels et pour quelles affections:		
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquelles:				
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles glandulaires-hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous actuellement suivi par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous actuellement des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres maladies?			Si oui, précisez lesquels:		
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Renseignements complémentaires

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous fumeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous de l'homéopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin traitant:							
Adresse du médecin traitant:							

Signature:

Date: