

## 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: