

Questionnaire de santé

Nom : _____ Prénom : _____ ☐ M - ☐ F

Date de naissance : _____ ☐ Fumeur ☐ Non-Fumeur

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

N° tél. privé : _____ N° Tél. potable : _____

E-mail : _____ Profession : _____

Médecin traitant : _____

Assurance : _____ Complémentaire : ☐ oui ☐ non

Raison de la consultation : _____

Antécédents :

- Avez-vous des allergies ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles : _____
- Problèmes ou maladies de peau ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes cardiaques et/ou vasculaire ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes respiratoires ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes locomoteurs ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des troubles du système immunitaire ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes hormonaux ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes génito/urinaire ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes digestifs ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Êtes-vous atteint de maladies chroniques ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles : _____
- Avez-vous d'autres problèmes ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____
- Êtes-vous enceinte ? ☐ oui ☐ non
Si oui, le terme prévu : _____
- Prenez vous des médicaments régulièrement ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels : _____

Remarques : _____

Date : _____ Signature : _____