

## Questionnaire de santé

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  M -  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_  Fumeur  Non-Fumeur

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

N° tél. privé : \_\_\_\_\_ N° Tél. portable : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_