



QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ (JJ) _____ (MM) _____ (AAAA) Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____ Pointure : _____

Profession : _____

Téléphone maison : _____ - _____ - _____

Téléphone travail : _____ - _____ - _____ poste : _____

Téléphone (autre) : _____ - _____ - _____

Courriel : _____

Je veux recevoir mes confirmations par courriel

Si mineur(e), nom du parent responsable : _____

Renseignements médicaux

Médecin traitant : _____

Motifs de consultation :

Cors et callosités Ongles Verrues Ongles incarnés

Douleur → Localisation de la douleur : _____ Depuis : _____

Autre : _____

Cochez ce dont vous souffrez ou avez souffert :

Arthrite/Arthrose

Goutte

Ostéoporose

Asthme

Hémorragie

Reins

Cancer

Hépatite

Troubles thyroïdiens

Cœur

Hypertension

Troubles nerveux

Diabète

Phlébite

VIH

Autre : _____

Fumez-vous ? OUI NON Êtes-vous enceinte ? OUI NON Allaitiez-vous ? OUI NON

Prenez-vous de la médication ? OUI NON Spécifiez (vous pouvez joindre votre liste de la pharmacie): _____

Prenez-vous de l'alcool ? Régulièrement À l'occasion NON

Prenez-vous de la drogue ? Régulièrement À l'occasion NON

Avez-vous des allergies à : Iode Pénicilline Latex Codéine Morphine Autres : _____

SIGNATURE : _____ DATE : _____

**Prendre note que les soins en médecine podiatrique ne sont pas couverts par la RAMQ mais par la plupart des assurances privées.