

# QUESTIONNAIRE DU PATIENT

**\*\*Les soins podiatriques ne sont pas couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec\*\***

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Prénom :		Nom :	
Si mineur, nom du responsable :			
Date de naissance :		Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Tél (maison) :		Tél (autre) :	
Courriel :			
Référé par : <input type="checkbox"/> Le guide de ma ville (bottin Ste-Julie) <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Journal <input type="checkbox"/> Patient de la clinique <input type="checkbox"/> Médecin (nom) _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Occupation :			
Grandeur :		Poids :	Pointure :
HISTOIRE MÉDICALE			
Médecin de famille :		Clinique :	
Souffrez-vous d'un problème de santé ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) :			
<input type="checkbox"/> Coeur <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Rhumatisme <input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> Système nerveux	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Système vasculaire <input type="checkbox"/> Arthrite / Arthrose <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Sida/V.I.H <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Autre : _____
Prenez-vous des médicaments? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) : <b>Si vous avez une liste, pouvez-vous nous la fournir ?</b> _____ _____ _____			
Avez-vous des allergies ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) : _____			
RAISON DE LA VISITE			
<input type="checkbox"/> Évaluation <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires <input type="checkbox"/> Douleur dos <input type="checkbox"/> Douleur genoux <input type="checkbox"/> Douleur jambe	<input type="checkbox"/> Douleur pied <input type="checkbox"/> Douleur talon <input type="checkbox"/> Cors, callosités <input type="checkbox"/> Ongles (sains et épais) <input type="checkbox"/> Ongle incarné	<input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Pied d'athlète <input type="checkbox"/> Lésion cutanée <input type="checkbox"/> Verrue plantaire <input type="checkbox"/> Mycose (champignon)	<input type="checkbox"/> Oignon (Hallux valgus) <input type="checkbox"/> Orteil marteau <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Entorse Autre : _____
<input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Deux pieds		Depuis combien de temps? _____	

Par la présente, j'autorise la Clinique podiatrique Sainte-Julie à communiquer un ou des renseignements contenus dans mon dossier à mes assurances et/ou à mon médecin traitant. De la même façon, je m'engage à régler les frais encourus pour la présente visite et les visites subséquentes. Notez que toutes les informations données ci-haut sont confidentielles.

Signature du patient (ou responsable) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_